



Médecin-Inspecteur de Santé Publique

Date du Jury : avril 2001

Partenariat et régionalisation des politiques de santé

**Une approche à partir de la coordination des
programmes régionaux de santé des Pays de la Loire**

Odile MARQUESTAUT

Remerciements

Pour leur soutien et leur aide à la conception de ce travail :

Le docteur Riff, M. Levent et M.Galard,

Laurence, Anne, Xavière et Yves,

M.Lerat et Mme Loncle,

Pour leur disponibilité :

Les personnes rencontrées en entretien.

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	4
PREMIERE PARTIE. UNE POLITIQUE DE SANTE REGIONALISEE.....	12
1. Une politique de santé publique.....	12
1.1. Changement de politique.....	12
1.2. Rôle des déterminants.....	14
1.3. La conférence régionale de santé.....	15
1.4. Le comité régional des politiques de santé.....	18
1.5. Les programmes régionaux de santé.....	19
2. Cette politique se joue au niveau régional.....	20
2.1. Une des conditions pour cette politique : territorialiser.....	21
2.2. Pourquoi la région ?.....	21
2.3. Niveau de mise en œuvre.....	22
2.4. Déconcentration et décentralisation.....	23
DEUXIEME PARTIE. LA NATURE DU PARTENARIAT REGIONAL.....	26
1. Un travail en partenariat nécessaire mais difficile à mettre en place.....	26
1.1. Composer avec les cloisonnements et les chevauchements institutionnels.....	26
1.2. Disposer d'informations.....	28
1.3. Mutualiser le financement.....	29
2. Autour de nombreux partenaires.....	30
2.1. Les médecins libéraux.....	31
2.2. L'Assurance maladie.....	32
2.3. Les administrations déconcentrées.....	33
2.4. Les collectivités territoriales.....	36
3. L'Etat : partenaire ou pilote ?.....	36
3.1. L'Etat peut-il être partenaire ?.....	37
3.2. Quelle concertation ?.....	39
TROISIEME PARTIE. RENFORCER LA CONCERTATION.....	42
1. Les perspectives du cadre légal.....	42
1.1. Les acquis des réformes demandent à être consolidés.....	42
1.2. Le projet de loi de modernisation : un conseil régional de santé.....	43
2. Les ressources du programme régional de santé.....	45
2.1. Diffuser l'information : une stratégie pour améliorer la participation des institutions.....	45
2.2. Promouvoir cette politique auprès des acteurs de terrain : médecins, professions paramédicales, associations.....	47
2.3. Population et territoire.....	48
CONCLUSION.....	50
BIBLIOGRAPHIE.....	51
ANNEXES.....	56

INTRODUCTION.

“ Les membres du corps des médecins inspecteurs de santé publique participent à la conception, à la mise en œuvre, à l'exécution et à l'évaluation de la politique de santé publique. Ils assurent le contrôle de cette politique et les missions permanentes et temporaires d'inspection. Ils contribuent à l'organisation du système sanitaire et à la promotion de la santé... “

Ainsi sont annoncées les missions des médecins inspecteurs de santé publique dans le décret n°91-1025 du 7 octobre 1991 (art.2).

La circulaire DGS/DAGPB n°99/339 du 11 juin 1999 précise ces missions et souligne entre autres missions, celle d'animation d'une politique globale de santé.

Depuis le début des années 1990, la politique de santé en France change. Outre son objectif de régulation de l'offre de soins, elle se donne un objectif plus large de promotion de la santé. A cette fin, de nouveaux outils de régulation, de nouvelles instances et de nouvelles institutions sont créés au niveau régional.

Parmi ces outils, les programmes régionaux de santé, institutionnalisés par les ordonnances de 1996, contribuent à l'amélioration de la santé de la population en développant quatre domaines : promotion de la santé, prévention et dépistage, soins, rééducation et soins palliatifs. Instance de concertation et de débat, la conférence régionale de santé, également institutionnalisée en 1996, est chargée de définir les priorités de la région qui pourront donner lieu à la conception d'un programme régional de santé. Le comité régional des politiques de santé, institutionnalisé en 1998, instance de suivi des programmes régionaux, complète le dispositif actuel de la politique régionale de santé.

Ce dispositif récent, conférence régionale, comité des politiques de santé et programmes régionaux de santé, s'inscrit dans un cadre territorial régional, considéré comme le niveau pertinent pour l'organisation d'une politique de santé. Il repose sur la base d'un partenariat affiché entre les différentes institutions de la région.

Le médecin inspecteur de santé publique exerçant dans une direction régionale ou départementale des affaires sanitaires et sociales, participe à la mise en œuvre de cette politique en animant la conférence régionale de santé et les programmes régionaux de santé. En effet, parmi les pilotes de ces programmes, se trouvent le plus souvent des médecins inspecteurs de santé publique.

Comment le médecin inspecteur de la santé publique anime-t-il un programme régional de santé dans un dispositif reposant sur le partenariat ?

Ainsi avec ce travail, j'ai essayé de vérifier les hypothèses suivantes :

- un programme régional de santé se construit sur un partenariat confronté à de nombreux enjeux institutionnels.
- le principal écueil du programme régional de santé est lié au fait qu'il se construit sur ce partenariat.

Après avoir exposé la méthodologie et le contexte général des Pays de la Loire, région dans laquelle j'ai effectué cette étude, je propose un travail en trois parties :

- une première partie situant le contexte de la régionalisation de la politique de santé ;
- une deuxième partie sur l'exigence d'un travail partenarial ;
- une dernière partie sur les ajustements que nécessite la poursuite d'une telle politique.

Méthodologie.

Le thème de ce mémoire m'a été proposé par le Dr. Riff, médecin inspecteur régional à la direction régionale des affaires sanitaires et sociales (DRASS) des Pays de la Loire, où j'ai effectué le stage professionnel de l'année de formation à l'Ecole nationale de santé publique. Il s'agissait de réaliser un travail sur le comité régional des politiques de santé mais cela implique en définitive de considérer dans son ensemble le dispositif régional des politiques de santé à savoir la conférence régionale de santé (CRS), le comité régional des politiques de santé (CRPS) et les programmes régionaux de santé (PRS).

1. Entretiens.

Pour recueillir le matériau empirique de ce travail, plusieurs entretiens ont été réalisés, au cours de deux périodes. Les entretiens de la première période, juillet et août 2000, ont porté principalement sur le comité régional des politiques de santé et les entretiens de la deuxième période, janvier 2001, sur les programmes régionaux de santé.

Les entretiens se sont déroulés au lieu de travail habituel de la personne rencontrée. Une personne a également accordé un entretien téléphonique. Un seul des entretiens a été conduit en présence d'une tierce personne. Les entretiens ont le plus souvent duré une heure. Il s'agissait d'entretiens semi-directifs, par grille d'entretien, non enregistrés afin de laisser toute latitude de parole à l'interlocuteur. Plusieurs personnes ont fourni des documents écrits : rapports, discours, enquête...La liste des personnes entretenues se trouve en annexe.

Au cours de la première période de stage, une vingtaine d'entretiens ont été effectués afin d'appréhender les enjeux liés à la coopération entre les différentes institutions régionales. En rencontrant treize des dix-neuf membres du comité régional des politiques de santé des Pays de la Loire (liste des membres en annexe), j'ai pu confronter les points de vue des principaux partenaires institutionnels régionaux. Les questions ont porté sur l'implication de chacun dans ce comité, sur la composition de celui-ci, sur le dispositif de régionalisation actuellement mis en place et sur les perspectives de la régionalisation des politiques de santé. Puis, j'ai rencontré d'autres représentants institutionnels de la région des Pays de la Loire, en particulier les représentants de l'observatoire régional de santé et de l'union des médecins libéraux. Enfin, pour élargir la réflexion, j'ai rencontré des acteurs d'autres régions et plusieurs personnes, professeurs de santé publique et personnalités politiques, compétentes au plan national dans le domaine des politiques de santé.

Au cours de la deuxième période de stage, des entretiens avec les pilotes de programmes régionaux de santé des Pays de la Loire ont été menés. Quatre des cinq programmes régionaux de santé de la région ont un MISP pour pilote. Un inspecteur principal est chef de projet du programme régional d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS), qui est assimilé dans les Pays de la Loire à un cinquième programme régional de santé. Les questions ont porté sur l'organisation du programme régional, le partenariat institutionnel au niveau régional et infra-régional, la circulation de l'information et la communication autour du programme régional de santé.

L'exploitation des entretiens fournit une appréciation qualitative. Les phrases ou expressions citées en italique et entre guillemets au cours de l'exposé suivant sont tirées de ces entretiens ou de ceux effectués au cours du voyage d'étude dans le Nord Pas de Calais et restituées de façon anonyme.

2.Bibliographie.

Pour étudier un domaine aussi vaste que celui de la régionalisation des politiques de santé, j'ai été amenée à consulter une bibliographie très diverse. Il s'agit de références législatives, d'articles de revues spécialisées et également de journaux, d'ouvrages, de rapports officiels, actes des conférences régionales de santé des Pays de la Loire... Je retiens également dans la bibliographie des sites Internet, dans lesquels j'ai puisé une bonne quantité des informations utiles au mémoire.

Mais la variété vient surtout de la problématique extrêmement transversale retenue, ce qui m'a amenée à consulter des ouvrages de géographie, de sciences politiques, de sociologie, des ouvrages traitant du système de santé, de planification... Aussi, face à cette grande variété, qui m'a laissée parfois dans la perplexité, je sollicite toute la tolérance du lecteur. En effet, ce large balayage ne permet pas d'approfondir tous les domaines et ma vision reste encore celle d'un médecin.

3.Voyage d'étude à Lille.

Le travail a été enrichi au cours du voyage d'étude que la promotion des médecins inspecteurs de santé publique (MISP 2000) a effectué du 20 au 24 novembre 2000. L'objet de ce voyage était de répondre à la question du repositionnement des services de l'Etat induit par la régionalisation des politiques de santé. Répartis en plusieurs groupes, nous avons interrogé les principaux acteurs du champ sanitaire et social de la région Nord Pas de Calais. Une prise de notes de bonne qualité a été possible puisque les entretiens ont été

conduits par au moins deux personnes. J'ai assisté à l'assemblée générale des programmes régionaux de santé concernant l'appel à projets commun réalisé par les partenaires de la région. La territorialisation des appels à projets pour 2001 a été évoquée au cours de cette réunion.

Ce regard sur une autre région et un mode de fonctionnement partenarial différent permet de mettre en perspective l'organisation des Pays de la Loire. Ce travail de groupe m'a permis également d'avoir une vision plus globale puisque l'ensemble des acteurs (décideurs/financeurs, professionnels de santé, associations...) a été interrogé.

4.Participation à des réunions ou ancrage du travail dans le stage.

Au cours des deux périodes de stage, juillet et août 2000 puis décembre et janvier 2001, j'ai pu échanger de façon informelle avec le personnel de la DRASS et de la DDASS sur le thème de la régionalisation des politiques de santé et assister à plusieurs réunions.

Des réunions concernant directement le dispositif régional des politiques de santé :

- deux réunions du comité régional des politiques de santé (une en juin 2000 à la Préfecture et une en janvier 2001 à la DRASS)
- plusieurs réunions sur l'initiation du PRS " cancer et société ".

Des réunions internes à la DRASS ayant un lien plus ou moins direct avec ce phénomène :

- réunion de la commission santé publique
- réunion du comité technique régional et inter-régional (CTRI)
- réunion de jurés citoyens

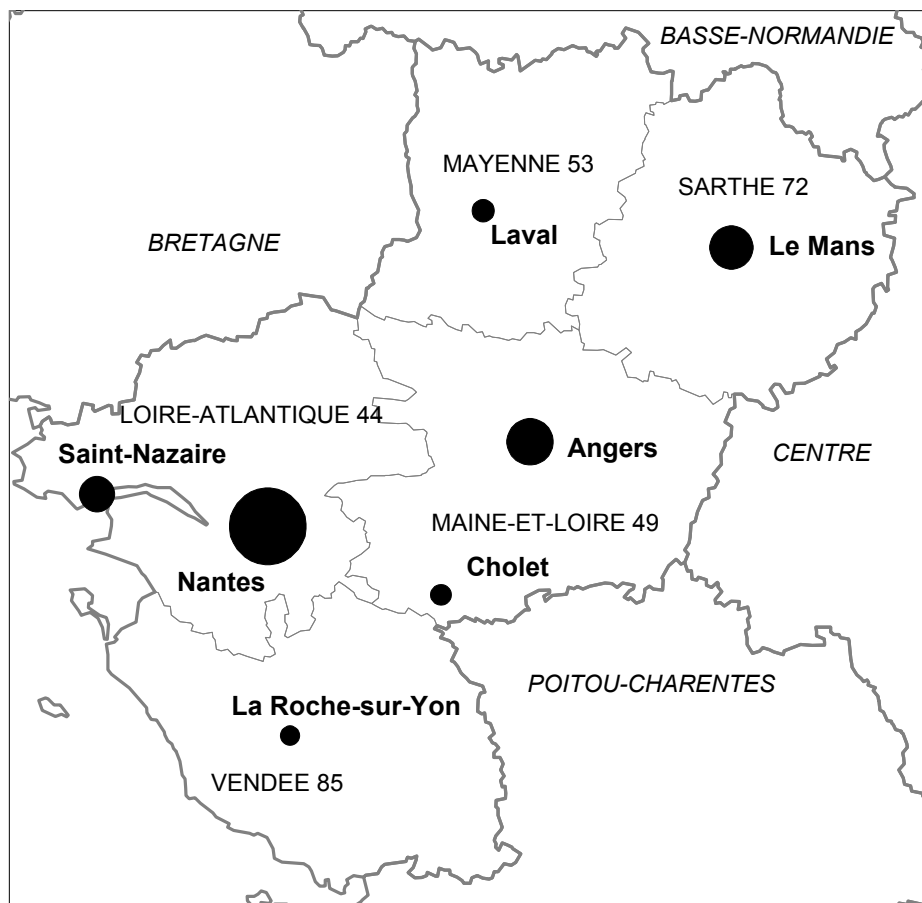
5. Illustrations.

Les cartes de géographie qui illustrent le travail sont issues de données IGN et INSEE. Les schémas sont une construction personnelle.

Contexte général des Pays de la Loire.

Le travail porte sur la région des Pays de la Loire, lieu du stage de formation de médecin inspecteur de santé publique. Quelques données de base permettent de situer cette région sur le plan démographique et épidémiologique et d'en apprécier son investissement dans le domaine des politiques régionales de santé.

1. Les Pays de la Loire. Présentation générale.



Pays de la Loire. Les villes principales sont indiquées par des points dont le diamètre est proportionnel au nombre d'habitants.
(source IGN et INSEE)

Les Pays de la Loire.

La population totale de la région des Pays de la Loire est de 3 222 061 habitants, répartis en cinq départements. Les trois principales agglomérations sont Nantes (544 932 habitants), préfecture de région, Angers (226 843 habitants) et Le Mans (194 825 habitants)(INSEE, recensement 1999). Les départements de la Vendée et de la Mayenne ont une dominante rurale plus marquée.

Le taux de variation annuel entre 1990 et 1999 était de 0,58 %. La répartition de la population par âge montre une légère sur-représentation des jeunes. En 1998, le taux de natalité était de 1,5 pour mille et le taux de mortalité de 8,8 pour mille ; ce qui situe la région des Pays de la Loire très proche de la moyenne nationale.

Les principales causes de décès sont superposables aux causes de décès nationales avec par ordre de fréquence les maladies de l'appareil circulatoire, les tumeurs et les causes extérieures de traumatismes. Les taux comparatifs de mortalité prématurée montrent pour la période 1995/1997 une " surmortalité " par tumeur et surtout par cause extérieure de traumatisme, catégorie dans laquelle sont inclus les décès par suicide. Enfin, l'espérance de vie à la naissance pour les hommes est de 74,6 ans et pour les femmes de 82,7 ans (données 1996).

Les Pays de la Loire présentent donc une situation régionale équilibrée avec des indicateurs de santé dans l'ensemble favorables.

2. Investissement des Pays de la Loire dans le processus de régionalisation des politiques de santé.

La région des Pays de la Loire est une région active dans le processus de régionalisation. Dès 1994, elle a mis en place à titre expérimental un projet régional de santé sur le problème de l'alcool. Les autres régions expérimentales sont l'Alsace sur le cancer et l'Auvergne sur la périnatalité. Ce projet régional deviendra par la suite programme régional de santé.

La première conférence régionale de santé a lieu fin 1995, précédant l'institution par les ordonnances de 1996. Deux priorités sont apparues : suicides et accidents de la voie publique et le jury propose alcool et précarité. Quatre programmes régionaux de santé (PRS) seront initiés : PRS alcool, dans la suite du programme expérimental de 1994, PRS suicide, PRS précarité qui sera relayé par le programme régional d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS), PRS prévention de l'infection par le VIH, en déclinaison d'une priorité nationale.

Le comité régional des politiques de santé s'est réuni pour la première fois en juillet 1999 depuis son institution dans le cadre de la loi de lutte contre les exclusions. Son activité est préparée par celle d'un groupe technique permanent. Le rythme de rencontres de ce comité est variable, au minimum trimestriel, l'ordre du jour étant fixé par le secrétariat situé à la

DRASS. La composition de ce comité est fixée par arrêté préfectoral et la liste des membres est précisée en annexe.

Le contrat Etat- Région 2000/2006 comporte un volet santé / social dont les objectifs sont :

- achever le programme d'humanisation des hospices,
- élargir le domaine d'intervention pour améliorer l'accueil des personnes âgées et des handicapés,
- soutenir les programmes de santé publique (prévention / connaissance des données régionales),
- accompagner les établissements hospitaliers dans le développement de la télémédecine.

Six villes des Pays de la Loire sont sites de contrats de ville (Saint-Nazaire, Nantes, Angers, Cholet, Le Mans, Laval).

PREMIERE PARTIE. UNE POLITIQUE DE SANTE REGIONALISEE.

La politique de santé publique développe une nouvelle approche au travers de la prise en compte des déterminants.

Partant de l'identification de problèmes de santé, des priorités sont définies pour une action qui ne se limite pas à une prise en charge des soins mais se veut la plus transversale possible.

Ainsi, s'est mis en place un ensemble indissociable groupant de la conception à la mise en œuvre la conférence régionale de santé, le comité régional des politiques de santé et les programmes régionaux de santé.

Cette politique se joue au niveau régional parce qu'il est actuellement reconnu comme niveau pertinent. Dès lors, plusieurs niveaux coexistent : communes, départements et régions, cadre administratif le plus récent.

La régionalisation des politiques nécessite à la fois déconcentration et décentralisation.

1. Une politique de santé publique.

Depuis 1996 sont institutionnalisés des programmes régionaux de santé. Autour de priorités régionales définies lors des conférences régionales de santé, les programmes régionaux de santé s'efforcent de prendre en compte dans leur mise en œuvre le poids des déterminants.

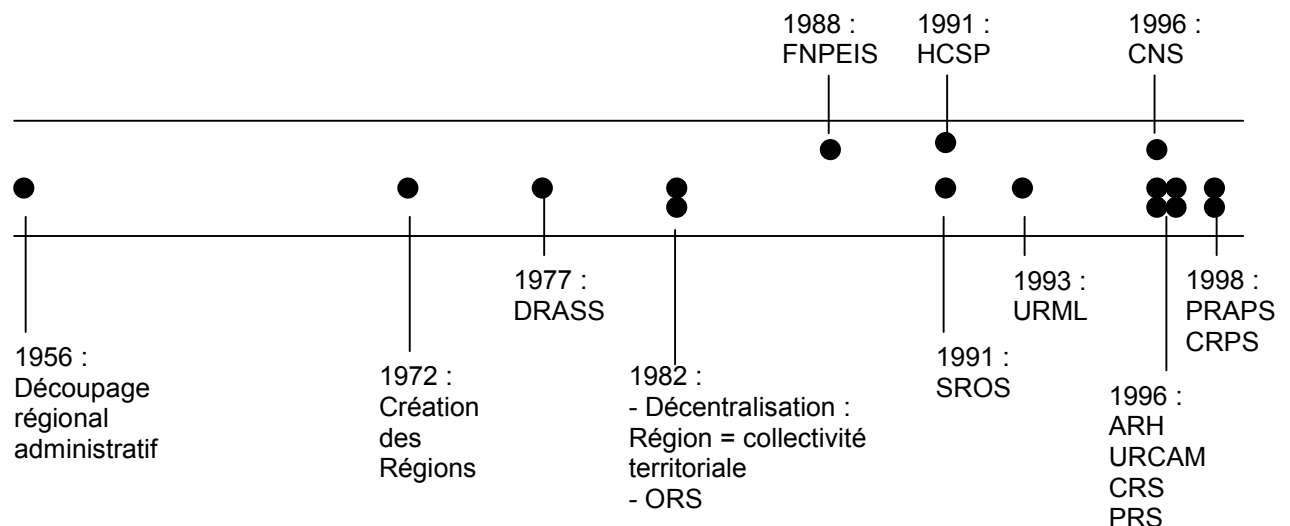
1.1. Changement de politique.

Depuis le début des années 1980, l'épidémie du SIDA révèle en France la faiblesse de la politique de santé publique. Or, ce que A. Morelle (Morelle, 1996) qualifie de défaite de la santé publique serait tout simplement insupportable si elle ne permettait pas, au moins, d'engager les réformes qui s'imposent. Ces réformes sont à l'origine de changements de politique de santé publique. Les politiques de santé se définissent par la manière dont les actions sanitaires, sociales et médico-sociales sont conduites pour atteindre des objectifs d'amélioration de la santé, voire d'optimisation de l'état de santé de l'homme (Dab, 1996). Or le champ de ces réformes est vaste puisque " la santé publique s'entend comme un champ d'action dont le statut scientifique serait comparable à celui de la science politique. " (Dab, 1993).

Nous sommes en effet dans une période de renouvellement des outils de gestion des politiques de santé. Ce changement d'orientation dans les politiques s'affirme progressivement au niveau régional et se manifeste de différentes façons.

- D'une part par la création ou le renforcement au niveau régional d'institutions représentatives des différents acteurs (Union régionale des médecins exerçant à titre libéral (URML), Union régionale des caisses d'assurance maladie (URCAM)).
- D'autre part par la création successive d'instances nationales et régionales nouvelles (observatoire régional de la santé (ORS), conférence régionale de santé (CRS), conférence nationale de santé (CNS), Comité régional des politiques de santé (CRPS)) chargées d'observer l'état de santé de la population et de proposer des priorités d'action.
- Enfin, par l'utilisation d'outils régionaux de planification (Schéma régional de l'organisation sanitaire (SROS), programme régional de santé (PRS), programme régional d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS)).

La frise chronologique suivante illustre le phénomène de régionalisation.



Chronologie de la régionalisation des politiques de santé.

Cette frise met également en évidence le fait que le changement institutionnel est récent et que cette démarche s'est intensifiée depuis le début des années 1990.

Mais ce changement institutionnel ne suffit pas à lui seul.

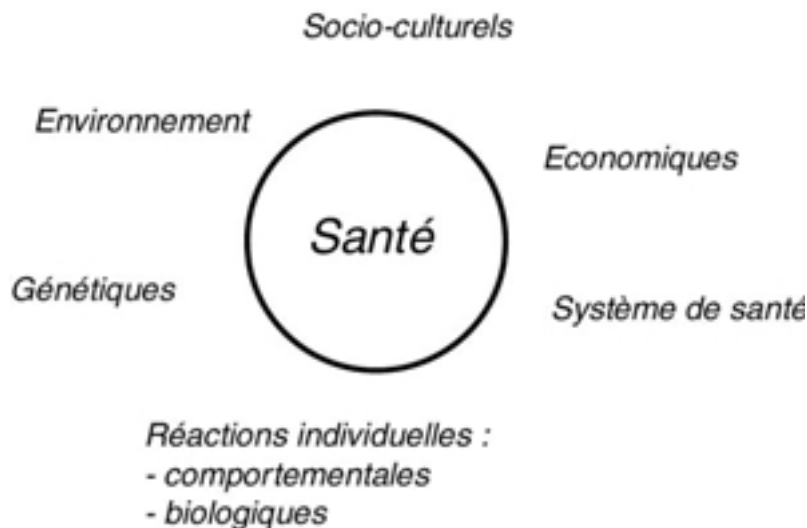
“ Ce n'est pas en changeant les institutions, l'organisation que les choses vont changer mais en changeant les cultures. ”

Ce changement de culture est sous-tendu par les conceptions que la société se fait de la santé, une conception restrictive ou une conception extensive. La conception restrictive, biomédicale ou hospitalo-sanitaire est centrée sur la réparation des affections humaines ; la conception extensive, socio-économique ou globale de la santé est centrée sur le bien-être et le développement humain (Granier, 2000). Dès lors, il s'agit de “ changer la logique du dispositif et la faire évoluer de l'offre aux besoins et de la maladie à la santé ” (Moatti, 1996). Essentiellement centré sur les soins et la réponse à la demande (“ *consommérisme* ” ?), notre système de santé et de protection sociale ne répond que partiellement à cette nouvelle logique.

Depuis le début des années 1990, une politique de santé visant à une promotion globale de la santé se superpose à la politique de santé que l'on connaît depuis l'institution de la protection sociale. “ Ainsi, deux démarches de régulation peuvent être entreprises séparément ou conjointement selon la représentation dominante de la santé et de la maladie.(...) : une politique visant à réguler les dépenses de santé et une politique centrée sur une démarche stratégique de santé publique.(...) Le but fixé aux politiques de santé ne se borne plus à mettre à la disposition des acteurs les ressources nécessaires à la seule relation thérapeutique, mais devient théoriquement l'amélioration de la santé de la population dans son ensemble ou de groupes plus ciblés. ” (Henrard et Ankri, 1996)

1.2. Rôle des déterminants.

Cette démarche de santé publique considère que les déterminants sociaux, économiques, individuels et collectifs jouent un rôle prépondérant sur l'état de santé de la population. Plusieurs auteurs cités par M.P. Pomey (Pomey, 2000) dont Evans, Dever, Caldwell, Wilkinson mettent en relief la participation de ces déterminants sur l'état de santé. L'influence de l'environnement sur l'état de santé est également confirmée par la mise en évidence des disparités interrégionales voire même infra-régionales (Fontaine, 1997). L'influence des déterminants sur l'état de santé peut être résumée par la figure suivante.



Principaux déterminants de la santé.

La réponse à apporter aux problèmes de santé de la population n'est donc plus uniquement sanitaire. Elle nécessite une prise en charge plus large et passe par la prise en compte de tous les facteurs. " L'enjeu de la politique de santé publique, dans ce modèle, est le développement d'une promotion de la santé qui vise à créer les conditions socio-économiques et socioculturelles de son épanouissement. " (Henrard et Ankri, 1996)

1.3. La conférence régionale de santé.

La démarche entreprise se réalise en deux étapes : une première visant à mieux identifier les problèmes de santé et une deuxième tentant de définir des priorités de santé publique.

Une première étape suppose de mieux identifier les problèmes de santé.

Il s'agit alors d'améliorer la connaissance de ces déterminants et de leurs impacts sur la santé de la population. L'identification des problèmes de santé de la population se fait à partir d'indicateurs et de concepts épidémiologiques : mortalité évitable, incapacité évitable, amélioration de la qualité de vie, baisse des inégalités... Plusieurs personnes rencontrées déplorent le manque de données et d'indicateurs à la fois sociaux et sanitaires.

Toutefois, si l'on se place dans une conception large de la santé, la seule connaissance des indicateurs ne suffit pas à caractériser les besoins de santé. " En santé publique le besoin de santé peut être défini comme l'écart entre un état de santé constaté et un état de santé

souhaité par la collectivité ou ses représentants. “ (Salomez et Lacoste, 1999). Le champ de la promotion de la santé est alors considéré comme celui correspondant à l'écart entre les besoins et la demande.

L'identification des besoins de santé permet de repérer plusieurs types de problèmes :

- problèmes pathologiques de la population en général ;
- problèmes de santé d'un groupe particulier ;
- problèmes de déterminants : facteurs de risque et déterminants socio-économiques ;
- problèmes liés à la structure ou au fonctionnement du système de soins.

L'identification des problèmes dépend de la méthode utilisée : analyse de données, méthode Delphi avec la recherche d'un consensus, sondage de la population... (Henrard et Ankri, 1996)

Cela suppose dans un deuxième temps de définir des priorités de santé publique.

Dès l'identification des problèmes se pose la question de la définition de priorités de santé publique. En effet, tous les problèmes de santé ne peuvent relever de la démarche proposée par les programmes régionaux de santé.

“ Il faut faire des priorités pour être efficace. “

Comment et par qui seront choisies ces priorités d'action ?

“ Faire des choix de santé, qui ne peuvent se fonder que sur un ensemble de principes, indissociables de choix de société. Il ne peut exister une structure ou pensée unique. “ (Brücker, 2000) Le choix pour l'une ou l'autre des priorités relève ainsi d'une démarche politique et ne peut se décider que d'une façon collégiale, de manière concertée entre tous les acteurs du système de santé. Ce choix ne peut reposer seul sur ceux qui disposent des données de l'état de santé de la population ou sur les administratifs qui sont en position de décideurs.

La conférence régionale de santé.

Ces constatations ont conduit à la création par les ordonnances d'avril 1996 (article premier de l'ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996, art. L. 1411-3) des conférences régionales de santé. Conçues justement comme le lieu de débat et de concertation indispensable à la détermination des priorités de santé, la conférence régionale de santé est chargée d'évaluer les besoins régionaux et de définir des priorités régionales de santé.

Le secrétariat de la conférence de santé et de son jury est assuré par la DRASS. Cinquante à trois cents membres se réunissent en séances publiques d'une journée annuelle.

Ses membres sont :

- des représentants de l'Etat, des collectivités territoriales, de l'Assurance maladie ;
- des représentants des professionnels de santé libéraux et hospitaliers ;
- des représentants des établissements publics et privés de santé ;
- des représentants des associations de malades, de consommateurs et d'associations à visée humanitaire.

Le jury de la conférence de santé comprend 8 à 12 personnes désignées chaque année par le préfet de région (la liste des membres actuels du jury de la conférence régionale de santé des Pays de la Loire est indiquée en annexe). Le travail du jury se fait en amont et en aval des conférences régionales. Le jury établit un rapport transmis chaque année aux institutions régionales, au préfet et à la conférence nationale de santé. Le jury dégage des priorités régionales et propose des orientations pour la politique régionale de santé et des programmes régionaux de santé.

Le rythme annuel des conférences régionales de santé ne semble pas adapté à la définition de priorités qui donnent lieu à l'élaboration d'un programme de santé pluriannuel. Est-il envisageable de proposer chaque année de nouvelles priorités ? En Pays de la Loire, aucune conférence régionale n'a proposé de nouvelles priorités depuis la première conférence de 1995. Dans le Nord Pas de Calais, le thème de la santé au travail abordé lors de la conférence régionale de santé 2000 laisse supposer à un certain nombre de partenaires qu'un nouveau programme régional de santé sera entrepris.

Le rôle de la conférence régionale de santé est consultatif. Le préfet de région détermine parmi les priorités proposées par le jury celles qui font l'objet de programmes pluriannuels. Dans la région des Pays de la Loire, le préfet n'a pas systématiquement lancé un programme régional de santé en réponse aux priorités de santé proposées par la conférence régionale. Ainsi, la priorité " accidents de la circulation " n'a pas donné lieu à l'élaboration d'un programme spécifique.

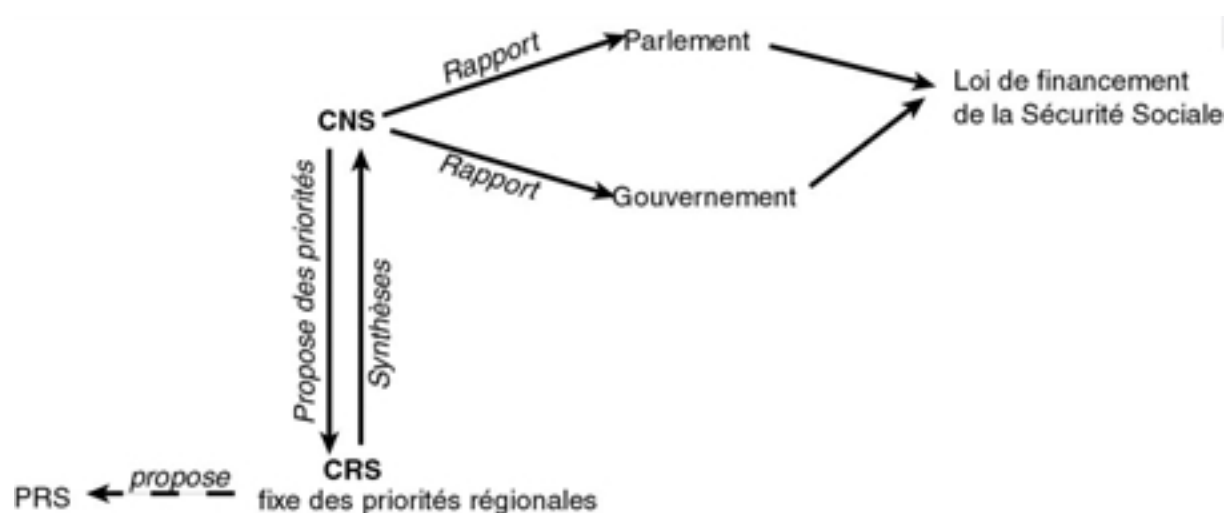
De plus, les programmes régionaux issus des priorités dégagées par la conférence régionale ne représentent pas toutes les actions régionales. Ainsi, dans la région des Pays de la Loire, le programme SIDA est assimilé à un programme régional de santé alors que ce thème n'avait pas été défini comme priorité régionale. " Les conférences régionales de santé

énoncent des priorités de santé qui s'ajoutent tant aux priorités définies par la conférence nationale de santé et reprises par le Parlement qu'aux priorités gouvernementales affectant tel ou tel domaine de la santé publique ou de l'organisation des soins. " (HCSP, 1998) La conférence nationale propose des " priorités pour une politique de santé publique et des orientations pour la prise en charge des soins " (Ducimetière, 1996) qui prennent le pas sur les priorités régionales.

"La conférence nationale ne prend pas en compte les recommandations des conférences régionales. "

La conférence nationale 2001 s'efforce de tenir compte des propositions faites par les conférences régionales.

Cette difficulté résulte peut-être du fait que les missions des CRS et CNS ne sont pas tournées vers le même objectif comme l'illustre le schéma suivant.



Objets de la CRS et de la CNS. Relation entre les deux instances.

1.4. Le comité régional des politiques de santé.

La loi de lutte contre les exclusions instaure le comité régional des politiques de santé (article 71 de la loi de lutte contre les exclusions de juillet 1998). Le comité régional des politiques de santé est chargé de valider les grandes orientations du programme régional d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS). Par ailleurs, il exerce une mission générale de concertation, de suivi et d'évaluation pour la mise en œuvre des programmes régionaux de santé établis au vu des propositions de la conférence régionale de santé.

La composition du comité régional des politiques de santé est fixée par décret préfectoral et laisse une ouverture à d'autres institutions, associations ou personnes qualifiées en fonction des thèmes portés à l'ordre du jour. La présidence en est assurée par le préfet et le secrétariat par la DRASS.

1.5. Les programmes régionaux de santé.

Les programmes régionaux de santé, institutionnalisés par les ordonnances de 1996, et le programme régional d'accès à la prévention et aux soins, établi dans le cadre de la loi de lutte contre les exclusions de juillet 1998 (article 71 de la loi du 29 juillet 1998) relèvent d'une démarche équivalente.

Complémentaires du schéma régional de l'organisation sanitaire, les programmes régionaux de santé partent de l'évaluation des besoins de santé. Etablis pour cinq ans, le programme consiste à définir des objectifs généraux puis opérationnels et à les décliner en actions.

Le programme de santé comprend quatre domaines :

- promotion de la santé et éducation pour la santé ;
- prévention et dépistage ;
- soins ;
- rééducation, réinsertion et soins palliatifs.

Le pilote du programme est désigné par le préfet de région. Environ 80% des programmes régionaux sont pilotés par des personnels des services déconcentrés (Nicolas, 2000) dont des médecins inspecteurs de santé publique. Le chef de projet réunit un comité de pilotage qui peut constituer des groupes de travail autour des quatre domaines cités ci-dessus. Le comité de pilotage comprend des membres divers, personnel administratif des services déconcentrés de l'Etat, des collectivités territoriales ou de l'Assurance maladie, professionnels de santé hospitaliers, représentants d'associations de malades... La composition de ce comité de pilotage est en fait très variable selon les programmes régionaux de santé.

Les programmes régionaux ont ainsi plusieurs caractéristiques :

- volonté d'agir et mobilisation des acteurs ;

“ Ce sont les hommes qui sont en question. Quand on réfléchit en période de crise, on trouve toujours des solutions. ”

L'intérêt de la démarche du programme régional est de réaliser un réseau, un maillage. La variété de la composition des comités de pilotages témoignent de cette mobilisation.

“ Les programmes régionaux créent une dynamique. ”

Néanmoins, la participation au programme reste une démarche volontaire.

- réorientation des ressources ;

“ Ils proposent une optimisation nette des moyens. ”

Il repose en grande partie sur les actions d'associations. En particulier, l'octroi de subventions aux associations est différent selon que le projet de l'association s'inscrit ou non dans le cadre d'un programme régional de santé. Toutefois, ce dispositif peut aussi *“ se lire en plein et en creux ”*. *“ En plein ”* correspond aux actions réalisées, financées par les subventions accordées et *“ en creux ”* correspond à ce qui n'est pas subventionné, comme par exemple le financement du fonctionnement des associations.

- Cette démarche s'intègre dans une vision large.

“ Les PRS sont cohérents, exhaustifs et logiques. ”

Le programme régional de santé développe une approche globale autour d'un problème de santé ou d'un déterminant, en se basant sur les besoins de la population.

Ainsi, les programmes régionaux de santé proposent une vision large et cohérente des problèmes de santé. Visant à répondre aux besoins de la population, cette démarche nécessite une territorialisation pour la définition des priorités d'actions et leur mise en œuvre.

2. Cette politique se joue au niveau régional.

Actuellement, la région semble le niveau territorial reconnu comme pertinent pour ce dispositif. Plusieurs cas de figure se présentent cependant quant au niveau de mise en œuvre des programmes. De plus, la structure administrative française oscille entre deux systèmes : déconcentration et décentralisation.

2.1. Une des conditions pour cette politique : territorialiser.

En effet, ce changement d'orientation de la politique de santé, à savoir construire un programme en se basant sur les besoins de santé de la population et sur des priorités définies par concertation est soumis à certaines conditions. Il s'agit de :

“ (...)

- privilégier systématiquement une approche globale des problèmes de santé publique ;
- développer les méthodes d'analyse de l'état de santé des populations ;
- multiplier les approches et les points de vue ;
- territorialiser les analyses et les réponses ;
- définir des objectifs politiques. “

(Salomez et Lacoste, 1999)

Parmi ces conditions, la territorialisation apparaît donc indispensable. En effet, le territoire permet de limiter l'approche, de mieux estimer les besoins et d'apporter des réponses locales. L'échelon territorial s'affirme progressivement comme celui de la région.

2.2. Pourquoi la région ?

La construction européenne n'est pas étrangère à cette option bien que la taille des régions françaises soit inférieure à celles des autres régions européennes (DATAR, 2000).

Mais également parce que cela paraît un bon niveau pour structurer et organiser l'offre de soins et la mise en œuvre d'une politique de santé publique. “ Le niveau territorial pertinent choisi dans ce scénario serait celui de la région . “ (Rapport Soubie, 1993) En effet, il est ainsi possible d'échapper à la logique de l'aménagement du territoire.

“ On veut ce que l'autre a . “

De plus, c'est un niveau plus proche que le niveau national ce qui permet d'une part une observation plus fine des problèmes de santé et d'autre part d'ancrer les actions dans “ *la réalité, le concret* “ en impliquant tous les acteurs concernés. Ce niveau paraît adéquat pour une prise de recul suffisante tout en favorisant un échange entre départements.

Cependant, le découpage administratif régional décidé en 1956 par le Commissariat Général au Plan peut être critiqué en particulier sur les plans historique et géographique. En effet, toutes les régions ne sont pas dotées d'une histoire et d'une identité marquées. Dans le cas des Pays de la Loire, “ il est difficile de percevoir la justification de son tracé qui est sans rapport avec les limites historiques ou la zone d'influence de sa capitale “ (Noin, 2000). La position excentrée de Nantes, préfecture de région, ne favorise pas les communications.

Pour les habitants des départements de la Sarthe, du Maine et Loire et de la Mayenne, il est plus facile de se rendre à Rennes ou même à Paris que de rejoindre Nantes.



Carte montrant les axes de circulation autoroutiers.
Principaux axes de communication des Pays de la Loire.

2.3. Niveau de mise en œuvre.

L'émergence de la région comme niveau de planification fait donc apparaître une échelle de niveaux : niveau national, régional, départemental, communal...Actuellement, le consensus semble pratiquement unanime pour désigner le niveau régional comme le bon niveau de planification et d'élaboration de programmes.

Le consensus n'est plus si unanime dès lors qu'il s'agit de définir le bon niveau de mise en œuvre des schémas et programmes. Le niveau départemental est revendiqué par la plupart des acteurs départementaux comme un bon niveau de déclinaison des programmes régionaux de santé. Proche du terrain, ouvert aux initiatives locales, respectueux des

particularismes départementaux, il est depuis la décentralisation de 1982 le niveau de référence en particulier pour la conduite des politiques sociales.

Cependant, d'autres lieux de mise en œuvre des politiques de santé sont évoqués. Au niveau infra-régional, la loi d'aménagement du territoire propose les pays, territoires de projets à l'échelle d'un bassin de vie ou d'un bassin d'emploi, intégrant un nouvel équilibre urbain/rural et les agglomérations, regroupements de communes urbaines. (projet de loi d'aménagement du territoire, Voynet, 1998)

De fait, une superposition de territoires est observée :

- selon une logique institutionnelle : département, pays, bassin de vie, agglomération, ville, communauté de communes
- selon une logique sanitaire : avec les différents secteurs propres à chaque administration (découpage de la carte sanitaire, secteurs d'intervention du Conseil général, secteur des caisses primaires d'Assurance maladie...)

A cela se surajoute une superposition de politiques :

- politique régionale
- politique départementale
- politique de la ville
- politique intercommunale
- politique municipale

Dans la région Nord Pas de Calais, des contrats territoriaux de santé sont imaginés pour permettre la déclinaison au niveau territorial le plus adapté des programmes régionaux de santé et pallier à cette superposition de politiques. Le territoire serait, selon l'histoire et la volonté des acteurs, au minimum un regroupement de communes et au maximum un arrondissement tout en respectant la cohérence de ce territoire et en veillant à un bon maillage géographique.

2.4. Déconcentration et décentralisation.

En outre, il convient de “ s'entendre sur la signification du terme même de régionalisation. Signifie-t-elle déconcentration ou décentralisation ? L'organisation actuelle en matière hospitalière, avec les ordonnances d'avril 1996, répond davantage à un modèle de déconcentration plus que de décentralisation. La décentralisation stricto sensu n'existe pas

aujourd'hui puisque la santé ne fait pas partie des compétences des conseils régionaux. “ (Assemblée Nationale, 2000)

En effet, la loi de décentralisation du 2 mars 1982 désigne, au même titre que le département ou la commune, la région comme une collectivité territoriale de plein droit ayant une assemblée élue au suffrage universel direct. Les transferts de compétences décidés entre 1983 et 1985 ont eu pour conséquences d'accroître le poids de ces collectivités, avec transfert des deux tiers du matériel et du personnel des services déconcentrés aux départements. Mais les compétences du Conseil régional bien que diverses ne sont pas très étendues en définitive (Noin, 2000), notamment dans le domaine sanitaire et social. Ainsi, le Conseil régional ne possède ni autorités ni services spécifiques. Les compétences accordées aux Conseils généraux ainsi qu'aux communes dans ces domaines sont plus élargies. (Voir en annexe un tableau des compétences)

A cela, il convient de s'entendre sur ce que signifie exactement décentralisation. La décentralisation, telle qu'elle est appliquée en France, n'offre qu'une marge de manœuvre limitée aux collectivités territoriales. Les compétences, les moyens d'action et les ressources des collectivités sont définies par la loi. En effet, la décentralisation n'a pas donné de compétences législatives aux assemblées territoriales. L'orientation des politiques de santé publique passe donc le plus souvent par les choix budgétaires de ces assemblées. Le conseil général dispose d'autres moyens d'actions : possibilité de passer des conventions, élaboration de schéma départemental des établissements et services sociaux et médico-sociaux, possibilité de créer des établissements (après avis des services de l'Etat) et de fermer des établissements ouverts sans autorisation.

Plusieurs tendances politiques sont en débat.

L'UDF, par exemple, milite pour une réelle décentralisation. “ Mais au-delà de la déconcentration dont le principe semble accepté par beaucoup, à l'UDF nous souhaitons aller vers une réelle décentralisation permettant aux élus et notamment bien sûr à la collectivité régionale de jouer un rôle important dans le domaine de la santé.” (Prétel J.L., 2000)

Le rapport de la commission de l'Assemblée Nationale sur la régionalisation des politiques de santé souligne que dans la situation actuelle, il apparaît plus pragmatique de renforcer plutôt la déconcentration de l'Etat et de l'Assurance maladie. Déconcentrer nécessite donc de renforcer les institutions régionales, tant celles de l'Etat que celles de l'Assurance

maladie, de créer de nouvelles institutions représentatives au niveau régional et de leur donner de réels moyens.

D'autres pensent que la décentralisation, qui correspond de fait à une libre administration sans compétence législative, doit s'effectuer parallèlement à la déconcentration administrative.

Ce dispositif, conférence régionale, comité régional et programme régional de santé, se met donc en place à un échelon récent. De fait, apparaissent alors plusieurs niveaux décisionnels correspondants à des logiques administratives différentes partagées entre déconcentration et décentralisation. De plus, le dispositif reposant sur le partenariat implique une grande variété d'acteurs.

DEUXIEME PARTIE. LA NATURE DU PARTENARIAT REGIONAL.

Le dispositif créé pour la régionalisation des politiques de santé repose sur un partenariat exigeant car, pour apporter une plus-value, les partenaires doivent faire circuler l'information et mutualiser les financements.

Ceci est d'autant plus difficile à réaliser que les partenaires multiples affrontent un enchevêtrement institutionnel.

Ces partenaires sont divers et de forces inégales. L'Assurance maladie et les administrations déconcentrées forment au niveau régional un duo habitué à se fréquenter. Bien qu'étant des partenaires incontournables pour une politique de santé publique, les médecins libéraux et les collectivités territoriales occupent une position marginale dans ce dispositif.

En dernière analyse, le rôle de l'Etat est ambigu. Sa légitimité est indéniable. Mais l'approche de santé publique demande une concertation régionale qu'il orchestre avec difficulté.

1. Un travail en partenariat nécessaire mais difficile à mettre en place.

Le partenariat présente des intérêts certains. Il favorise le financement d'actions de santé ainsi que la circulation de l'information disséminée entre plusieurs partenaires. Cependant, l'entente entre les partenaires dépend des cloisonnements et chevauchements de compétences forgés progressivement.

1.1. Composer avec les cloisonnements et les chevauchements institutionnels.

Quelques lois marquantes (en particulier les ordonnances de 1996, la loi de lutte contre les exclusions de 1998) témoignent du fait que le changement d'orientation de la politique de santé et la territorialisation s'opèrent conjointement. Ainsi, la création du comité régional des politiques de santé est inscrite dans la loi de lutte contre l'exclusion alors qu'il s'agit en fait essentiellement d'une nouvelle instance régionale de décision et de coopération. De même, le projet de loi déposé à l'Assemblée Nationale traite consécutivement du droit des malades et de l'organisation territoriale. " Ces mesures ont pour objet d'améliorer la coopération de l'ensemble des acteurs et la mise en cohérence de leurs initiatives, de développer les synergies entre les institutions et les professionnels de santé, de coordonner les interventions grâce à la mise en place de réseaux d'actions reposant sur les dispositifs existants ou à venir. " (Verpillat,1996)

Ce phénomène est accentué par le fait que peu de modifications ou suppressions des institutions en place ne soit introduite. “ Comme souvent en matière sociale, l'Etat empile les lois les unes sur les autres et multiplie les structures (Observatoires, comités, réseaux, agences...). ” (Joël, 2000)

Au total, ces chevauchements de compétences entre institutions ou instances de décision risquent d'entraîner une dilution des responsabilités (“ *On ne sait plus qui fait quoi.* ”), un manque de lisibilité (“ *Le dispositif régional est flou.* ”), voire une aggravation des cloisonnements (“ *On risque de cloisonner plus alors qu'on parle de transversalité.* ”).

“ Les responsabilités sectorielles, cela a déjà été souligné, sont éclatées entre les différents départements ministériels et la décentralisation a encore accru cette dispersion. (...) Cela n'est pas nuisible en soi, surtout dans une optique de promotion de la santé. Mais, pour assurer la cohérence de l'ensemble de ces interventions au plan de la santé publique, il conviendrait que le ministère chargé de la santé soit à même d'émettre des doctrines fortes.” (Dab, 1993)

Dés lors, en réponse à cette complexité institutionnelle, la régionalisation des politiques de santé nécessite une nouvelle façon de concevoir les relations entre les acteurs de la santé. Les relations entre l'Etat, les collectivités territoriales, l'Assurance maladie et les médecins libéraux sont décrites actuellement comme des relations partenariales. L'usage de ce terme est maintenant courant, pourtant sa définition n'est pas stabilisée. Il désigne généralement des formes de coopération entre les acteurs sociaux et des organisations relevant de différentes sphères. Il apporte une complémentarité entre les intervenants de l'Etat, des collectivités territoriales et des acteurs privés. Le partenariat répond donc à un souci de mobilisation collective, principalement celle des autorités publiques, initialement dans le domaine des politiques sociales et dans le cas présent dans le domaine des politiques sanitaires. L'approche par le partenariat est un concept étranger à la tradition de contrôle étatique française. Le terme est cependant suffisamment vague pour désigner un grand nombre d'arrangements informels et divers accords. (Loncle, 2000)

En pratique, le partenariat présente plusieurs avantages :

- échanger des informations
- optimiser les financements et les actions

1.2. Disposer d'informations.

“ L'information est une ressource, une matière première essentielle dans le système de santé publique (...). C'est un véritable capital dont on oublie trop souvent de toucher les intérêts. “ (Dab, 1996)

Dans une démarche basée sur les besoins de santé de la population, les lieux d'observations de la santé et de ses déterminants deviennent indispensables. La contribution des observatoires régionaux de la santé à la réalisation des programmes régionaux de santé est essentielle. Une connaissance approfondie des indicateurs de santé est nécessaire à la caractérisation des besoins et à l'évaluation des programmes.

Cependant, plusieurs interlocuteurs déplorent le manque de données. Leur exploitation pourrait être améliorée.

“ Les données de santé ne sont pas systématiquement transmises, ni statistiquement bien traitées. “

En réalité, la question reste celle-ci : “ Comment discerner la bonne information ? “ (De Kervasdoué, 2000). “ La conclusion habituelle d'une telle analyse, c'est qu'il existe un problème de communication et qu'en fait, si la bonne connaissance dans le domaine de la santé était apportée au bon moment, au bon décideur entouré des bons conseillers, alors bien sûr la pertinence et l'efficacité des décisions de santé publique en seraient immanquablement améliorées. “ (Dab, 1993)

Dans le cas d'une démarche partenariale, l'information est un atout essentiel. Au cours d'une réunion de la commission santé publique à la DRASS, il a été remarqué combien le “ *niveau d'information était très différent suivant les acteurs* “ .

La circulation de l'information paraît un préalable à toute action. Plusieurs personnes interrogées font remarquer que le comité régional des politiques de santé permet dans un premier temps cet échange d'informations. Lieu d' “ *échange avec les autres départements* “ , il favorise la “ *remontée des actions* “ , en particulier par une certaine “ *obligation de rendre compte* “ . Les systèmes d'information sont d'autres outils intéressants. Ils contribuent à la diffusion d'une culture commune de santé publique. L'information peut être plus facilement diffusée et accessible, notamment par les nouvelles techniques et le réseau Internet. Ainsi, plusieurs institutions régionales sont dotées de sites Internet (voir bibliographie).

1.3. Mutualiser le financement.

Le travail en partenariat permet en outre d'optimiser les financements. Une personne rencontrée dans la région Nord Pas de Calais remarque :

“ L'argent est dispersé. Si on potentialise, on a une meilleure force de frappe. Opération “ Bastille “ de la région. “

L'enjeu réside donc dans la valeur ajoutée apportée par chacun des partenaires, afin d'obtenir un financement collectif et une cohérence entre les programmes régionaux de santé, le schéma régional de l'organisation sanitaire et d'autres dispositifs.

Les programmes régionaux de santé font ainsi appel à de multiples modes de financement : crédits de droit commun, de la politique de la ville, du contrat Etat- Région et des crédits du fonds national de prévention, d'éducation et d'informations sanitaires (FNPEIS). Le partenariat effectif autorise la sollicitation d'autres crédits, en particulier les crédits européens (cas du Nord Pas de Calais).

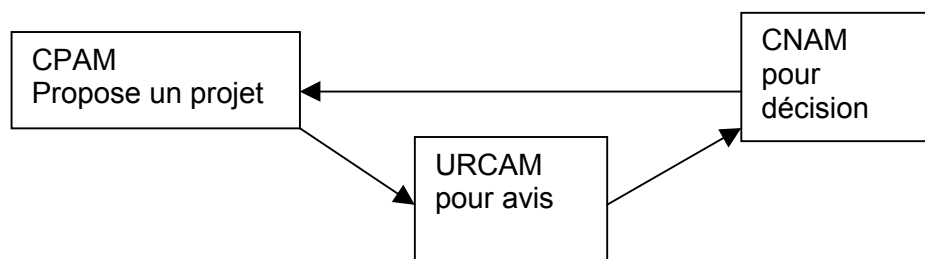
Une véritable fongibilité des enveloppes paraît difficilement réalisable, chacun des partenaires souhaitant que la lisibilité de sa participation reste possible. Cependant, grâce au comité régional des politiques de santé, les financements sont affichés ou tout du moins plus lisibles qu'auparavant.

“ Maintenant on dit : “ C'est financé par le PRS. “. “ (Dans le Nord Pas de Calais)

Dans la région Nord Pas de Calais, le travail du comité régional des politiques de santé est relayé par celui du comité de gestion qui réunit précisément sur le thème du financement les partenaires effectifs. “ (...) comité de gestion des PRS, chargé de la programmation des actions et des financements. Cette instance devrait permettre d'optimiser les financements et la répartition des moyens sur tout le territoire régional. “ (Demarquette, 2000). Il répond de manière collégiale aux associations. Un appel à projet conjoint a été réalisé en 2000.

Pour les associations, qui bénéficient de financements entrant dans le cadre d'un programme régional de santé, la pérennisation des crédits semble un progrès non négligeable, même si elles déplorent toujours les délais de financement. Cependant, pour les DRASS/DDASS et les URCAM, il faut compter avec des crédits annuels pour des financements pluriannuels. Ce système reste également très complexe pour des petites subventions et plusieurs personnes rencontrées se demandent si le dispositif n'est pas disproportionné au regard des enjeux financiers.

Une autre difficulté réside dans le fait que les crédits du FNPEIS de l'Assurance maladie sont encore centralisés, l'URCAM ne dispose pas d'autonomie. Le schéma suivant montre le circuit de la décision pour une demande de subvention faite à l'URCAM.



Circuit de la décision pour une demande de financements à la CPAM.

Dans le Nord Pas de Calais, le comité de gestion a permis en 2000 la déconcentration des crédits de l'URCAM.

De plus, il ne s'agit pas d'une enveloppe nationale mais d'un droit de tirage qui peut être sous-utilisé.

Cependant, ce fonctionnement n'est valable que si les collectivités locales participent et en premier lieu la région qui est susceptible d'apporter par le biais du contrat Etat Région les plus gros financements. " La meilleure manifestation de la coopération de l'Etat avec les collectivités territoriales et les acteurs économiques, sociaux et associatifs est le contrat de plan Etat Région. " (projet de loi d'aménagement du territoire, Voynet, 1998)

2. Autour de nombreux partenaires.

De nombreux partenaires sont sollicités pour cette démarche. Administrations déconcentrées et Assurance maladie sont actuellement les principaux financeurs. Les médecins libéraux, les collectivités territoriales, régionale, départementales et municipales jouent encore un rôle trop faible. D'autres partenaires ne sont pas évoqués dans la suite de ce chapitre. En particulier ne sont pas évoqués les établissements de santé qui participent à la démarche des programmes régionaux par le biais de la prise en compte par l' ARH des priorités

régionales de santé. De même, l'observatoire régional de la santé n'est pas cité car, bien qu'indispensable à la décision, il n'est pas en position de décideur ou financeur.

2.1. Les médecins libéraux.

Certaines réflexions entendues au cours des entretiens laissent penser que le positionnement des médecins et en particulier des médecins libéraux n'est pas bien défini :

“ La santé n'est surtout pas l'affaire des professionnels de soins. Il existe un problème de santé dans tous les domaines. Exemple : la lutte contre la tuberculose passant par l'Education nationale a été la grande opération de santé publique. “

“ Dans les problèmes sanitaires, quand on ne sait plus quoi faire, on se tourne vers les médecins. “

Plusieurs interlocuteurs déplorent le peu d'investissement des médecins libéraux pour les politiques de santé.

“ Le médecin de base ne s'implique pas. “

L'exercice médical sous forme de colloque singulier et dans un cadre libéral ne favorise pas leur engagement dans une démarche collective. Les médecins rencontrés, représentants de l'union régionale des médecins libéraux, notent le peu de valorisation de leur action dans ce domaine, contrastant avec l'augmentation des contraintes administratives. “ L'exercice dit libéral est confronté à un certain nombre de contraintes de contrôles et de réglementations. “ (Haehnel, 2000) Les médecins libéraux assimilent l'assurance maladie et les services déconcentrés en un vaste ensemble étatique qui s'oppose à leur exercice libéral. En effet, ils voient dans l'Etat celui qui propose des solutions coercitives à la dérive des dépenses de soins et qui impose un cadre rigide d'exercice en contradiction avec la pratique libérale.

“ Pour que les libéraux participent, il ne faut pas trop de rigidité. “

“ Le problème est qu'on a présenté les objectifs de maîtrise sans les lier à des objectifs de santé publique, sans dire quels allaient être, dans ce contexte, le rôle et les fonctions des professionnels de santé.” (Evin cité par Volovitch, 2001)

Cependant, le rôle des médecins évolue. Face à l'élargissement du champ des connaissances et des techniques médicales, le travail en réseau s'impose progressivement.

“ Le médecin ne peut plus travailler seul. “

La représentation des médecins devient nécessaire. Le domaine de l'Ordre des médecins est essentiellement l'éthique et de la déontologie, celui des syndicats la défense des intérêts du corps médical. (Assemblée Nationale, 2000)

L'union régionale des médecins exerçant à titre libéral est créée dans chaque région par la loi de 1993. Ses missions sont de contribuer à l'amélioration de la gestion du système de santé et à la promotion de la qualité des soins. Elle participe notamment à la prévention et aux actions de santé publique. Elle est un interlocuteur privilégié de l'Assurance maladie et depuis 1996 de l'URCAM. Cependant, les unions régionales de médecins libéraux occupent une place encore mal définie. (Cours des comptes, SECU 2000)

“ L'URML, dont les représentants sont issus des seuls syndicats de médecins libéraux, est-elle représentative des professionnels médicaux ? “

“ L'année 2000 a vu le renouvellement de leurs représentants après un premier mandat de six ans, élections largement remportées par la CSMF, syndicat polycatégoriel. Les URML, dotées de larges responsabilités, prennent progressivement leur place dans le jeu institutionnel modifié par les ordonnances de 1996. “ (Errieau, 2000).

La position occupée par l'union régionale des médecins libéraux est variable d'une région à l'autre. En Pays de la Loire, les médecins sont peu présents dans les instances de concertation. Le président de l'union des médecins libéraux n'est pas membre du comité régional des politiques de santé.

2.2.L'Assurance maladie.

La caisse régionale d'assurance maladie (CRAM) :

Réformées en 1967 par ordonnance, les CRAM sont au nombre de seize. Leur secteur d'intervention ne se superpose donc pas au découpage régional.

L'activité principale de la CRAM s'effectue pour le compte de la caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAVTS) avec le versement des pensions de vieillesse ainsi que des actions sanitaires et sociales auprès des personnes âgées. Partenaires de plein droit de l'agence régionale de l'hospitalisation, les CRAM participent aux décisions relatives aussi bien à l'hospitalisation publique qu'aux établissements privés. Un autre champ d'action de la CRAM concerne la prévention des accidents de travail et des maladies professionnelles ainsi que la tarification du risque des accidents de travail.

La CRAM des Pays de la Loire est peu investie dans le dispositif de régionalisation des politiques de santé, elle n'est pas membre du comité régional des politiques de santé.

L'union régionale des caisses d'assurance maladie (URCAM) :

Institutionnalisée par les ordonnances de 1996, l'URCAM réunit au niveau régional les caisses primaires des différents régimes d'Assurance maladie. Ce caractère interrégime constitue une “ révolution “. Il réalise ce qui avait été voulu lors de l'instauration de la

sécurité sociale. Il dépend du positionnement national des trois principaux régimes, le régime général, le régime agricole et le régime des non salariés non agricoles.

Ses champs d'actions principaux dans le domaine de la santé publique s'articulent autour des relations avec les professionnels libéraux et de la gestion du risque. A cette fin, l'URCAM coopère avec l'union régionale des médecins exerçant en libéral. Pour l'année 2001, l'URCAM gère une enveloppe régionale déconcentrée du fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV). Dans le cadre de la gestion du risque, l'URCAM participe aux financements des programmes régionaux de santé sur le fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaire (FNPEIS). Les missions de l'URCAM dans la gestion du risque sont précisées par deux circulaires de la caisse nationale d'assurance maladie des 28 avril 1998 et 24 mars 1999. Le directeur de l'URCAM est membre de la commission exécutive de l'ARH.

De fait, l'URCAM est devenue un interlocuteur privilégié des services déconcentrés. " La régionalisation offre l'opportunité d'une déconcentration plus prononcée et d'une meilleure coordination entre les services de l'Etat et les organismes de sécurité sociale. " (Conférence des DRASS, 1996).

" L'URCAM est une grande avancée. "

Dans les Pays de la Loire ou dans le Nord Pas de Calais , les URCAM et les DRASS entretiennent des relations partenariales efficaces concernant le financement des projets dans le cadre des programmes régionaux de la santé. Ceci au sein d'une instance informelle dans la région des Pays de la Loire et formalisée par le comité de gestion dans le Nord Pas de Calais (voir chapitre sur le financement). Les URCAM de ces deux régions déplorent la gestion encore très centralisée des crédits FNPEIS.

" La CNAMTS n'a pas encore enregistré la régionalisation. "

2.3. Les administrations déconcentrées.

L'agence régionale de l'hospitalisation (ARH) :

Autour du directeur nommé en Conseil des ministres, les ARH réunissent, à parité, les représentants de l'Assurance maladie et des services déconcentrés.

L'ARH est un outil de réorganisation de l'offre hospitalière. Sa mission est clairement établie de contrôle des dépenses, de pilotage ferme du système d'offre de soins hospitaliers et de garantie de sa qualité. Dans le champ de la prévention et de la promotion de la santé, le rôle de l'agence régionale de l'hospitalisation est réduit. L'ARH est membre de la conférence

régionale de santé devant laquelle elle fait un rapport d'activité annuel, l'ARH prend en compte les priorités définies par la conférence. Le directeur de l'ARH est également membre du comité régional des politiques de santé, mais il y joue un rôle discret.

L'ARH est soustraite à l'autorité du préfet, puisque le directeur est directement sous l'autorité du ministre.

Les directions régionale et départementales des affaires sanitaires et sociales (DRASS et DDASS) :

“Délivrer les services de l'Etat de la gestion quotidienne des hôpitaux a libéré des énergies. Les DRASS ont plus à se valoriser par des politiques totalement gérées par eux. “

Cependant, les DRASS et DDASS assurent pour l'ARH les missions qu'elles effectuaient auparavant dans le cadre de leurs compétences. L'institution en 1996 des conférences régionales de santé et des programmes régionaux de santé et celle en 1998 du programme régional d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) ont élargi les missions des DRASS et DDASS. Le fait que le personnel des services déconcentrés se retrouvent sous une double tutelle fonctionnelle n'est pas de nature à leur faciliter la tâche. “ Force est de constater qu'elles bousculent les logiques institutionnelles et contrarient quelque peu notre culture fortement hiérarchique. “ (Guyader, 2000)

La répartition des missions entre le niveau régional et départemental reste à définir. La DRASS et les DDASS n'ont pas de relations hiérarchiques. Les DDASS sont en effet sous l'autorité du préfet de département. Elles entretiennent des relations partenariales avec les services des Conseils généraux et les services départementaux dépendant d'autres ministères.

“ Beaucoup de personnels des DDASS a une bonne maîtrise de l'interministériel. “

Les DDASS revendiquent leur compétence dans le domaine social. La DRASS veut que les orientations régionales soient claires et est responsable de la répartition de l'allocation régionale des ressources.

L'absence de relation hiérarchique impose une coordination efficace entre la DRASS et les DDASS . A l'heure actuelle, aucun scénario n'est tranché et le fonctionnement diffère d'une région à l'autre. En 1991, une expérience de direction régionale et interdépartementale de la santé et de la solidarité (DRISS) a été conduite dans la région des Pays de la Loire. La DRISS voulait un renforcement de la région avec une subordination des DDASS à la DRASS. Cette expérience fut un échec.

Le décret du 14 décembre 1994 instaure le comité technique régional et interdépartemental (CTRI) qui affirme l'absence de relations hiérarchiques entre la DRASS et les DDASS. En Pays de la Loire, le CTRI a trouvé rapidement un rythme mensuel et régulier. Le CTRI occupe une position d'interface avec l'administration centrale. Celle-ci peut lui passer des commandes directes. Le CTRI permet également de gérer des contradictions entre les DDASS et la DRASS. Les directeurs des DRASS et DDASS reconnaissent son rôle constructif et fédérateur.

“ Le CTRI permet d'offrir une image cohérente aux autres partenaires. “

“ Le CTRI est le seul lieu de coordination. Il faudrait que cela soit renforcé. “

En Pays de la Loire, cinq commissions se réunissent en amont pour instruire les points qui seront examinés par la CTRI. Les cinq commissions sont les suivantes : commission technique santé et environnement, commission de développement social, commission médico-sociale, commission de santé publique et commission des moyens.

En interne, la DRASS des Pays de la Loire est organisée en pôles (pôle politique de santé, pôle politiques sociales et médico-sociales, pôle ressources et pôle protection sociale).

Depuis septembre 2000, le service des politiques régionales de santé est chargé des liens entre les orientations du schéma régional de l'organisation sanitaire et les programmes régionaux de santé.

Le préfet de région et les autres services ministériels :

Les compétences du préfet de région ont été amoindries depuis l'instauration de l'agence régionale de l'hospitalisation. Pourtant, plusieurs personnes soulignent le fait qu'il est plus facile de décroquer au niveau régional qu'au niveau national et insistent en particulier sur le rôle du préfet, qui a une vision transversale. Le contrat Etat Région 2000/2006 des Pays de la Loire, signé par le préfet de région et le président du Conseil régional, inclue une partie santé/social. Le préfet de région préside le comité régional des politiques de santé et *“ si le préfet préside, c'est que ça doit être intéressant “*.

La régionalisation favorise le rapprochement entre les services déconcentrés de plusieurs ministères. La personne de l'Education nationale rencontrée note que la région est un échelon ancien au sein de cette administration. Des représentants du fonds d'action social et de l'Education nationale sont membres du comité régional des politiques de santé. Cependant, leur participation jusqu'à présent trop marginale, pourrait s'élargir sur des interventions les concernant.

2.4. Les collectivités territoriales.

Le fait que le Conseil régional n'ait ni compétences dans le domaine sanitaire et social ni services spécifiques entrave la conduite de la politique régionale de santé. D'une part, le Conseil régional peut s'appuyer sur la loi de décentralisation pour refuser toute intervention dans le champ sanitaire et social. D'autre part, les départements peuvent lui opposer cette même loi si le Conseil régional tente d'étendre ses compétences. Sans l'adhésion des Conseils régionaux la poursuite des politiques régionales de santé est compromise mais en cas d'adhésion, le rôle du département est de fait remis en question.

L'ouverture au champ sanitaire et social du Conseil régional est en fait un facteur clé dans la conduite des politiques régionales de santé. Pour associer les Conseils régionaux à cette politique sanitaire et sociale, quelques personnes rencontrées proposent de transférer aux Conseils régionaux une partie de compétences, par exemple par le transfert de la responsabilité des bâtiments hospitaliers.

Cependant, le rapport à l'Etat reste différent suivant les régions. Dans la région du Nord Pas de Calais, le Conseil régional revendique une responsabilité dans les politiques de santé en arguant ses compétences concernant l'aménagement du territoire. La loi de mars 1982 précise en effet que le Conseil régional a compétence pour promouvoir le développement économique, social, sanitaire, culturel et scientifique de la région. Dans la région des Pays de la Loire, la position du Conseil régional semble plus ambiguë. Concernant son positionnement à propos de la politique régionale de santé, les avis diffèrent d'une personne rencontrée à l'autre. Toutefois, le contrat Etat Région a inclus une partie sur les politiques régionales de santé.

Les Conseils généraux et les communes sont peu investis dans le cadre des programmes régionaux de santé ou dans les instances de concertation.

“ Le PRAPS a laissé de côté les collectivités territoriales et il n'est pas possible de faire sans elles. “

3. L'Etat : partenaire ou pilote ?

“ En fait, ce qui est en jeu, c'est bien le rôle et la place de l'Etat. “ (Giblin, 1999)

Tantôt partenaire à part entière, tantôt animateur de la politique de santé, tantôt législateur et contrôleur, l'Etat jongle avec les divers rôles qui lui sont dévolus. Pour le coordinateur du programme régional de santé, il s'agit d'assurer la cohérence de ce dispositif et d'organiser la concertation au niveau régional.

3.1. L'Etat peut-il être partenaire ?

“ La définition de la politique de santé publique est clairement une mission de l'Etat. “ (Rapport sur la décentralisation, Mauroy, 2000) En France, la structure très centralisée de l'organisation politique confère à l'Etat et au Parlement toute légitimité pour la conduite des politiques de santé publique. Dans le cadre d'une politique transversale, l'Etat occupe également une position particulière qui lui permet d'assurer une coordination entre toutes les actions entreprises et un arbitrage en cas de difficultés.

“ C'est l'Etat qui doit et c'est l'Etat qui peut faire. “

Néanmoins, les services déconcentrés de l'Etat sont partagés entre des missions de contrôle, d'inspection et de promotion de la santé. Il en résulte une situation paradoxale où l'Etat exerce une tutelle plus ou moins contraignante vis à vis d'institutions qu'il sollicite par ailleurs dans une démarche de promotion de la santé.

“ Aujourd'hui, l'Etat décide, fait, contrôle, se contrôle... “

Ainsi, les relations entre l'Etat et les collectivités territoriales sont ambivalentes.

“ Depuis 1982, en effet, le rapport de force s'est inversé. Les collectivités territoriales gèrent désormais un tiers des crédits publics. (...) Cette tendance au transfert des charges s'illustre de manière patente, dans la dernière négociation des contrats de plan entre l'Etat et les régions pour 2000/2006. Si le gouvernement a augmenté les crédits, par rapport à la période précédente, il a, dans le même temps, entraîné les régions à intervenir financièrement dans la politique de la ville ou sur le terrain universitaire, domaines qui ne sont pas théoriquement de leur compétence.

Ce n'est pas le moindre des paradoxes de la décentralisation : au moment où l'Etat a la tentation de reprendre la main pour imposer ses normes, il la tend aux collectivités locales, pour qu'elles assurent une partie croissante des dépenses publiques. Faute d'avoir compris que l'autonomie devait aller de pair avec la solidarité, celles-ci se voient, d'une certaine façon, invitées à payer plus, tout en décidant moins. “ (Jérôme, 2000)

Les collectivités territoriales et en particulier les Conseils généraux voient dans la régionalisation un retour sur la décentralisation.

“ On recentralise. ”

Les conseillers généraux revendiquent leur autonomie et sont de fait réfractaires à toute intervention de la part des services déconcentrés de l'Etat. “ La décentralisation a largement contribué à l'existence politique du territoire. Celui-ci n'est pas seulement lié à des attributions de compétences administratives, mais relève plus généralement d'enjeux de pouvoir et d'identité. ” (Oberlé, 1997)

Dans le même temps, les élus des collectivités territoriales laissent à l'Etat toute sa responsabilité dans bon nombre de situations et reconnaissent leur dépendance.

“ On ne veut pas que l'Etat s'en mêle mais on voudrait qu'il soit là. ” (de la part d'un élu)

“ La décentralisation, oui pour les succès mais les échecs sont du ressort de l'Etat. ” (de la part d'un administratif)

“ La dernière inconnue reste la place laissée aux élus de la nation. La politique de santé reste une compétence de l'Etat et les Conseils régionaux ne semblent guère pressés de se doter d'un nouveau champ d'intervention qui pourrait conduire les élus à endosser les décisions impopulaires... ” (Tuffreau, 1998) Une personne de l'Assurance maladie souligne l'intérêt du partenariat dans le domaine de la promotion de la santé où la répartition des responsabilités n'est pas encore bien définie :

“ Si ça ne marche pas, on assume collégialement. ”

La répartition des responsabilités entre l'Etat et l'Assurance maladie n'est pas encore satisfaisante. Depuis les ordonnances de 1996, les élus parlementaires votent annuellement la loi de financement de la sécurité sociale. “ L'Assurance maladie est obligatoire et généralisée à l'ensemble des français, c'est donc bien devenu une affaire nationale et comment admettre aujourd'hui que ces sommes colossales puissent être gérées sans le moindre contrôle parlementaire ? ” (Giblin, 1999) Apparemment, les compétences respectives de l'Etat et de l'Assurance maladie sont plus clairement distribuées. Ainsi, l'Etat est responsable de tout le secteur hospitalier, public et privé par l'intermédiaire de l'agence régionale de l'hospitalisation et l'Assurance maladie de tout le secteur ambulatoire dans le cadre de conventions d'objectifs et de gestion qu'elles signent avec l'Etat.

Cependant, ces relations au niveau national sont toujours tendues. “ Avec la multiplication d'institutions au plan régional, on est loin du modèle esquissé par le Commissariat au plan qui prévoyait la création d'une agence régionale de santé cumulant les missions remplies par les DRASS, l'ARH et l'URCAM. La réforme d'avril 1996 n'a pas remis en cause l'équilibre subtil des pouvoirs entre l'Assurance maladie et l'Etat, et la création d'une agence régionale

de santé, que certains appellent de tous leurs vœux, nécessite en préalable de résoudre ce dilemme. “ (Tuffreau, 1998)

Pourtant, au niveau régional, les personnes rencontrées, que ce soit des personnes des services déconcentrés régionaux et départementaux ou de l'URCAM, soulignent la qualité des relations partenariales. En réalité, tous déplorent la faible marge de manœuvre qui leur est accordée par les services centraux. Ainsi, les personnes de l'Assurance maladie remarquent que la gestion centralisée des crédits du fonds national de prévention, d'éducation et d'informations sanitaires (FNPEIS) entrave les relations partenariales régionales.

De même, les personnes des services déconcentrés de l'Etat, ARH et DRASS, regrettent le manque de souplesse dans la gestion des enveloppes de la loi de financement de la sécurité sociale. L'agence régionale de l'hospitalisation augmente le cloisonnement, puisqu'elle gère l'offre de soins hospitaliers strictement au moyen de l'enveloppe fermée dont elle est dotée par la loi de financement de la sécurité sociale.

En définitive, “l'Etat est incité non pas à se désengager mais à s'engager autrement, comme un partenaire qui doit laisser faire ce que les autres savent mieux faire que lui et faire ce que les autres ne font pas, ne veulent pas faire, ou ne peuvent pas faire seuls.” (Bernard cité par Albertini, 2000).

3.2. Quelle concertation ?

“ La décision serait, bien sûr, supérieure si l'on avait toutes les informations, s'il n'y avait pas d'ambiguïté sur les objectifs, si tous les participants partageaient les mêmes valeurs, si les ressources étaient également disponibles. Mais tel n'est pas le cas et ne peut jamais être le cas. Il est tout d'abord impossible de réunir toutes les informations a priori, il est même vain de le vouloir. Ce sont les pressions, les contrepressions et négociations qui imposent l'ajustement mutuel partisan qui les feront sortir dans l'action. “ (Crozier, 1977)

La concertation, d'ordre éminemment politique, demeure donc essentielle. En particulier, dans le cas d'une démarche telle que celle des programmes régionaux de santé, inscrite dans un territoire.

“ Tout dépend des élus et des volontés locales pour les projets. “

Il serait vain de ne faire reposer les choix liés à la promotion de la santé que sur des arguments scientifiques, épidémiologiques, économiques... “ Il persistera toujours une part

résiduelle de choix purement politique. “ (Dab, 1996) Pourtant, d'une manière générale, chacun s'accorde à reconnaître que le rôle noble de la politique est oublié, à savoir faire des choix. Pratiquement toutes les personnes rencontrées déplorent le manque de débat.

“ Les institutions françaises ne veulent pas de débat. “

Les élus locaux font preuve d'une certaine frilosité à participer à la conférence régionale de santé et au comité régional des politiques de santé. Ils craignent certes une “ étatisation rampante “ (Evin, 2000 b). En outre, plusieurs personnes remarquent que cette carence de débat pourrait être rapportée à la faiblesse des enjeux financiers liés à la promotion de la santé. Ainsi, pour les élus locaux, le comité régional de l'organisation sanitaire et sociale (CROSS) est plus souvent identifié comme lieu de concertation régional, car les enjeux financiers sont évidents.

La carence de débat pourrait également provenir d'une absence de cadre favorable à la concertation.

“ Mettre chacun autour d'une table, c'est éminemment politique. “

Dans le dispositif actuel, aucune instance ne joue de rôle équivalent à celui d'une assemblée délibérative qui donnerait une légitimité aux choix d'orientations des politiques.

“ Il faudrait une enveloppe régionale de la prévention mais alors qu'elle soit votée par tous. Que chacun ait un droit de veto. Quelle légitimité dans une politique sinon ? “

La structure de la conférence régionale de santé n'offre pas encore le cadre adéquat au débat. Ainsi, plusieurs personnes, administratifs et élus, comparent la conférence régionale de santé à une “ grand messe “. Le grand nombre de participants à cette journée en est probablement responsable.

“ Pour concerter, le petit groupe c'est mieux. “

D'autres personnes remarquent que l'échange qui a lieu au cours de cette journée n'est pas pris en compte.

“ La conclusion des conférences régionales de santé est déjà écrite. “

Le comité régional des politiques de santé pourrait également contribuer à la concertation. Toutefois, sa composition est déséquilibrée en faveur des représentants des services de l'Etat. Ainsi, la présidence en est assurée par le préfet et le secrétariat par la DRASS. En outre, dans les Pays de la Loire, deux représentants des caisses d'assurance maladie sont membres du comité régional des politiques de santé contre six représentants des services déconcentrés de l'Etat (DRASS et DDASS).

La composition du comité fait également ressortir la place qui tiennent les élus locaux. La sous représentation des maires dans cette instance de concertation est remarquable. Ainsi, les grosses villes de la région, en particulier celles qui sont signataires d'un contrat de ville, ne sont pas représentées au comité régional des politiques de santé des Pays de la Loire. Très peu d'élus membres du comité régional des politiques de santé participent effectivement aux rencontres. Ceux qui sont présents s'effacent la plupart du temps devant les administratifs *“ de haut niveau qui font bien leur travail ”*. Cette opinion rejoint celle d'une partie des administratifs rencontrés. Ainsi, l'activité de la conférence régionale de santé et celle du comité des politiques de santé sont assimilées de la part de certains élus et administratifs à une activité essentiellement administrative. *“ En France, on a souvent recours à un subtil mélange de genres qui permet de sauver les apparences alors qu'en réalité, c'est le représentant institutionnel qui est seul en situation de tirer les ficelles et d'imposer ses conceptions. ”* (Dab, 1996)

“ Prendre des décisions politiques en l'absence d'élus, c'est un peu fort. ”

Dans le cas de la politique de promotion de la santé, les élus locaux pourraient endosser un rôle de témoins de ce qui se passe au niveau local (*“ Leur rôle serait de pointer les particularismes locaux ”*), de garants et de représentants (*“ Les élus sont quand même les représentants des usagers ”*).

Ainsi, de nombreux partenaires sont sollicités au niveau régional. Assurance maladie et services déconcentrés de l'Etat entretiennent des relations partenariales efficaces au niveau régional, malgré les dissensions nationales. Les collectivités territoriales, ainsi que les médecins peinent à trouver leur place dans cette démarche. Le positionnement de l'Etat, tour à tour partenaire, pilote, législateur, contrôleur, reste essentiel. Le cadre de la concertation régional n'est pas encore optimal. Il en reste néanmoins le facteur de la réussite dans la conduite des politiques de santé.

TROISIEME PARTIE. RENFORCER LA CONCERTATION.

Les acquis des réformes demandent à être consolidés. En particulier, la concertation plutôt fructueuse au niveau régional entre l'Assurance maladie et les services déconcentrés pourrait s'étendre aux collectivités territoriales et aux médecins libéraux. Le projet de loi de modernisation du système de santé propose de renforcer la concertation par la création d'un conseil régional de santé. En accentuant la déconcentration, le déséquilibre entre l'Etat et les collectivités territoriales risque de s'aggraver.

Le pilote d'un programme régional de santé doit composer au sein d'un dispositif inscrit dans l'histoire locale et tributaire de la personnalité des acteurs. Pour emporter l'adhésion des partenaires, il ne dispose que de moyens persuasifs. La conduite du projet dépend donc en grande partie de la circulation de l'information, ce qui nécessite, de la part du chef de projet, disponibilité et reconnaissance. La participation des acteurs de terrain, médecins, professionnels de la santé et du social, associations, à l'élaboration du document leur permet de s'approprier les propositions qu'il contient et contribue à le rendre concret et opérationnel. La mise en œuvre du programme régional de santé s'effectue au plus près de la population. Cependant, territoire et population sont liés et peu compatibles avec un cadre administratif rigide.

1. Les perspectives du cadre légal.

Un projet de loi est déposé à l'Assemblée Nationale et attend d'être examiné par les parlementaires. Cependant, il importe que les acquis des réformes, en particulier celle de 1996, soient bien consolidés. La multiplication des changements risque d'entraver la mise en place d'un dispositif qui nécessite du temps pour une appropriation par les principaux acteurs. En revanche, le projet de loi, dans la partie qui traite de la régionalisation des politiques de santé, propose d'améliorer le cadre régional de la concertation.

1.1. Les acquis des réformes demandent à être consolidés.

“ Les ordonnances de 1996 sont un texte fondateur d'une vraie politique de santé publique. ”

Il apparaît à l'heure actuelle difficile de porter un jugement sur les institutions mises en place depuis 1996. Quatre années n'offrent pas suffisamment de recul d'autant que la plupart des institutions ou instances nécessitent du temps pour se mettre en place et devenir opérationnelles.

“ On a fait beaucoup de chemin en peu de temps. “

“ Les responsables régionaux interrogés au cours de l'enquête sont unanimes à souhaiter une pose des réformes et une consolidation des acquis. “ (Cours des comptes, SECU 2000) Les institutions régionales sont entrées dans une démarche partenariale progressivement. Cette démarche semble fructueuse pour les responsables de l'assurance maladie et des services déconcentrés. Pour poursuivre dans ce sens et consolider les relations, le temps paraît, pour plusieurs personnes interrogées, plus important que de nouvelles réformes.

“ On ne peut tout remettre en question du jour au lendemain. “

En revanche, la réussite des programmes régionaux de santé dans leur conception actuelle dépend de l'adhésion réelle des collectivités territoriales et des médecins. A cette fin, la concertation doit être renforcée à l'échelon régional. Pour quelques personnes rencontrées, les conditions d'une concertation plus riche au niveau régional passe par la poursuite des réformes initiées par les ordonnances de 1996.

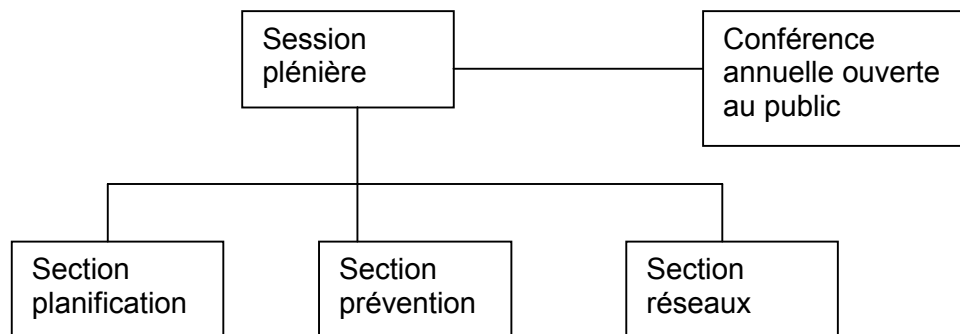
“ La réforme passe par les parlementaires. “

Le projet de loi de modernisation du système de santé déposé à l'Assemblée nationale témoigne d'une volonté de renforcer au mieux cette concertation par la création d'un conseil régional de la santé.

1.2. Le projet de loi de modernisation : un conseil régional de santé.

La première partie du projet de loi de modernisation du système de santé traite de la démocratie sanitaire et notamment de la participation des usagers au système de santé. Dans une deuxième partie, le projet de loi propose donc la création de conseils régionaux de la santé qui se substitueraient aux conférences régionales de santé. (Assemblée Nationale, 2000) D'après le projet, ce conseil régional de santé a pour mission de contribuer à la définition et à la mise en œuvre des politiques régionales de santé.

Il siège en formation plénière ou en sections spécialisées.



Organisation du conseil régional de santé (rapport à l'Assemblée Nationale)

La formation plénière comprend des représentants des différents partenaires régionaux et élit en son sein le président du conseil régional de santé. Le représentant de l'Etat dans la région détermine, parmi les priorités proposées par le conseil régional de la santé et après avis de la section compétente de ce conseil, celles qui font l'objet de programmes pluriannuels de santé. Chaque année, les conseils régionaux de la santé établissent un bilan de la politique de santé dans leur région et formulent des propositions pour l'année suivante. Des associations de malades ou d'usagers, reconnues d'utilité sanitaire selon des conditions définies par décret en Conseil d'Etat, sont fortement représentées dans les instances régionales de décision et de concertation. Ainsi leurs représentants siègent au conseil régional de santé, à la conférence nationale de santé et dans toute autre instance comportant des usagers.

Le rapport à l'Assemblée Nationale de mai 2000 propose de renforcer la déconcentration. “ Le système de santé français souffre d'abord d'un manque de déconcentration, notamment en matière financière et non d'une absence de décentralisation. “ (Assemblée Nationale, 2000) Dans ce rapport, la création d'un conseil régional de santé serait une étape intermédiaire avant la mise en place d'une agence régionale de la santé. Ce qui semble le souhait de plusieurs administratifs des services de l'Etat.

“ Il faut une ARS, il ne faut pas saupoudrer. “

Cependant, dans le contenu du projet de loi de modernisation du système de santé, les collectivités territoriales occupent une position très voisine de leur position actuelle. Les compétences des collectivités territoriales, aussi bien celles du Conseil régional que celles

des Conseils généraux restent inchangées. Apparaît alors le risque d'accroître le déséquilibre entre les administrations déconcentrées et les administrations décentralisées. La gestion régionale des politiques de santé en est compromise “ tant il est vrai que déconcentration et décentralisation doivent s'épauler “ (Drago, 1998). L'élection d'un président pour le conseil régional de santé pourrait, il est vrai, inciter les élus des collectivités territoriales à prendre part au débat. Leur participation sera-t-elle effectivement favorisée par la nouvelle structure de cette assemblée ?

La place des associations représentatives des usagers élargit également le débat. Jusqu'à présent, les représentants des usagers tiennent une position marginale. Leur participation sera renforcée par les mesures citées ci-dessus. Cependant, leur légitimité à exercer une représentation des usagers n'est pas encore unanimement reconnue par les personnes rencontrées. D'autres représentations des usagers sont légitimes : par les élus, par les partenaires sociaux...

Enfin, dans le cas d'un conseil régional de santé, le rôle et la position des médecins libéraux ne sont pas mieux définis qu'ils ne le sont actuellement. L'union régionale des médecins tarde à prendre des mesures qui lui permettraient une meilleure représentation dans les instances de concertation. Dans la région Nord Pas de Calais, un médecin de santé publique est salarié de l'union régionale des médecins libéraux. Ceci donne à sa parole une dimension moins syndicaliste que peut l'être celle d'un élu au sein de l'union des médecins libéraux. Ce médecin de santé publique est également plus disponible pour assurer la représentation des médecins libéraux.

2. Les ressources du programme régional de santé.

Dans ce contexte du partenariat institutionnel régional et face à l'incertitude liée à l'adoption du projet de loi, le coordinateur du programme régional s'efforce de faire avancer au mieux les projets défendus par le programme régional de santé. Circulation de l'information et communication auprès des acteurs de la santé et de la population sont les atouts disponibles à développer.

2.1. Diffuser l'information : une stratégie pour améliorer la participation des institutions.

“ De plus en plus les politiques sont transversales, ce qui implique une autre manière de travailler et elles se fondent sur la confiance et le partage. “ (Guyader, 2000)

“ Les PRS ont bouleversé les choses. “

Ce partenariat n'est pas remis en question par les personnes rencontrées. Le projet de loi de modernisation du système de santé propose de renforcer au niveau régional l'instance de concertation. Celle-ci constitue certes un cadre pour la concertation, mais n'en garantit pas pour autant la participation effective des partenaires. Dans le cas du schéma régional de l'organisation sanitaire, le personnel des services déconcentrés dispose de procédures législatives telles les contrats d'objectifs et de moyens ou le système des autorisations. La démarche des programmes régionaux requiert une adhésion volontaire des partenaires. Les réflexions des chefs de projet témoignent des difficultés qu'ils rencontrent à susciter la participation de partenaires “ frileux “ :

“ Il faut être un plaideur, un avocat de la santé publique. “

“ Il faut être convaincant. “

“ Il faudrait jouer le jeu. “

Il s'agit dès lors pour le pilote du programme de trouver des stratégies pour inciter les institutions à participer. Or, “ en fonction des territoires, des acteurs, des domaines d'implantation des dispositifs, les influences des partenariats sur le fonctionnement de l'action publique se révèlent très contrastées. “ (Loncle, 2000) Les chefs de projet rencontrés ainsi que d'autres administratifs des DDASS déplorent le manque de méthode et de savoir-faire. Une formation a été organisée par l'Ecole nationale de la santé publique, mais les chefs de projet rencontrés n'en ont pas tous bénéficiée.

L'échange des informations, dans les deux sens (remontée et descente), l'exploitation des données sont des moyens efficaces pour mobiliser les partenaires. Toutefois, la transmission de l'information repose beaucoup sur la personnalité des acteurs et sur les liens qui existent entre eux.

“ Il faut faire des liens. “

Le programme régional de santé offre l'opportunité d'encourager la circulation des informations. Pour cela, le développement des systèmes d'information constitue un enjeu majeur. “ Dans cette optique et afin d'aider les institutionnels aussi bien que les acteurs de terrain, les partenaires ont créé une base de données “ acteurs-actions “ sur Internet. “ (Demarquette, 2000) De même, un des objectifs actuels de la DRASS des Pays de la Loire est de développer les systèmes d'information (création d'un site Internet notamment).

Actuellement, l'échange des informations se réalise le plus souvent au cours de réunions. L'organisation du programme autour d'un comité de pilotage avec répartition par la suite en groupes de travail permet une bonne diffusion de l'information mais se heurte à plusieurs difficultés. D'une part, les personnes participant au groupe de travail ne sont pas toujours les mêmes, d'autant plus que l'élaboration du document s'étale sur plusieurs mois. D'autre part, le poids de ces réunions risquent de démobiliser bon nombre de participants.

“ Se mettre ensemble est chronophage. ”

Il en résulte une situation où la tentation pour l'Etat, ou pour son représentant, de décider par lui-même est forte.

“ C'est l'Etat qui reprend du pouvoir car la discussion prendrait trop de temps. ”

“ Le problème (des PRS), c'est le coût humain de production du document. C'est très coûteux en relations humaines. ”

2.2. Promouvoir cette politique auprès des acteurs de terrain : médecins, professions paramédicales, associations.

“ Et les acteurs de terrain ? ”, “ L'Etat sur le terrain, c'est perdu d'avance. ”

En effet, la démarche choisie par les programmes régionaux de santé suppose que les acteurs de terrain, associations et professionnels du domaine sanitaire et social, soient des relais efficaces des actions de l'Etat. Leur adhésion aux projets dépend de la qualité de la communication entre les pilotes de programmes régionaux de santé et les promoteurs de projets. “ La linéarité des démarches de planification et leur caractère descendant sont très souvent une cause de rejet ou de méfiance, à juste titre. ” (Frossard, 1989)

Les actions dans le champs sanitaire et social reposent en grande partie sur le travail des associations. En particulier, le dispositif des programmes régionaux de santé passe par l'octroi de subventions aux différentes associations par le biais de l'appel à projets. Dans la région Nord Pas de Calais, la DRASS a organisé en 2000 un appel à projets conjoint avec l'assurance maladie. Cette initiative diffuse auprès des associations la culture de santé publique. Toutefois, cet appel à projets conjoint peut entraîner un surcroît de confusion de la part des associations qui n'identifient plus d'interlocuteur privilégié.

“ Il faut des correspondants. Il n'y a pas d'interlocuteur privilégié. ”

Le travail effectué par des associations fait craindre à plusieurs personnes rencontrées que l'absence de professionnels soit considérée comme un manque de crédibilité de la part de partenaires extérieurs. L'impact de ces actions ne serait pas à la hauteur des ambitions affichées dans le programme.

“ C'est le charme du bénévolat. Mais du coup, l'impact est quasi nul. “

De plus, les professionnels de santé et en particulier les médecins sont un relais irremplaçable pour la conduite des politiques de prévention et de remontée d'informations en vue de l'élaboration d'une politique de santé assise sur des données fiables.

“ Ils font de la santé publique à longueur de journée. “

Toutefois, le peu de participation des médecins aux projets est souvent déploré. Une politique de communication vis à vis des médecins pourrait être développée auprès des médecins tant libéraux qu'hospitaliers (par la formation initiale ou continue des médecins par exemple).

2.3. Population et territoire.

“ La décentralisation, les programmes de répartition des soins et leur difficultés sont là pour nous montrer que cette géographie administrative des territoires ne colle pas autant qu'on pourrait le souhaiter avec la géographie des espaces des populations. “ (Tessier, 1997)

En effet, outre le problème de l'organisation administrative, la régionalisation des politiques de santé se réfère à la définition d'un territoire. Dans la démarche choisie par le programme régional de santé, le territoire est d'abord perçu sous l'aspect de sa population. Le pari est donc de concilier une organisation territoriale administrative rigide (agglomérations, départements, région ...) tout en adoptant une politique basée sur la réponse aux besoins de la population. Les besoins de la population ne définissent pas forcément des territoires parallèles aux territoires administratifs. Ils sont de plus fluctuants dans l'espace, le temps et selon le domaine concerné. Exemple, le territoire adéquat pour répondre à un problème de cancer ne sera pas forcément superposé au territoire correspondant à un problème de toxicomanie. Ainsi, la réponse aux problèmes de santé par un programme régional de santé risque de s'avérer incomplète quelque soit le territoire choisi pour la déclinaison d'un programme régional de santé. *“ Il n'y a pas de niveau optimal. (...) J'ai plutôt une vision différenciée de l'organisation institutionnelle des territoires. “ (Le Galles, 2000)*

“ La territorialisation, on en parle mais on ne sait pas comment faire. “

Pourtant, *“ l'ancrage territorial des partenaires apparaît comme un élément tout à fait décisif, lorsque l'on tente de mesurer la portée des dispositifs partenariaux. “ (Loncle, 2000)* Les forums départementaux peuvent constituer des relais appropriés pour mobiliser les partenaires. En Mayenne, un forum réunissant les partenaires institutionnels du département a été organisé en juin 2000. Ce forum d'une journée fait suite à un travail de fond d'un an

réalisé par quatre groupes autour de thématiques s'inspirant des priorités de la conférence régionale de santé.

D'autres manifestations ont lieu en direction cette fois directement de la population. La démarche des Etats Généraux de la santé de 1999 bien que peu médiatisée semble avoir beaucoup marquée les participants. Plaçant l'utilisateur au cœur des débats, les Etats généraux ont utilisé les mêmes méthodes que celles des conférences de consensus. Dans le même esprit que celui des Etats Généraux, des " journées de la santé " ont été organisées dans la région des Pays de la Loire en mai et juin 2000. Ces journées proposent une ouverture vers le grand public. Des manifestations ont eu lieu sur l'ensemble des départements de la région.

Le projet de loi propose de renforcer la concertation régionale, mais il s'agit également de renforcer la communication vers les professionnels de terrain et la population sans quoi la démarche amorcée par les programmes régionaux de santé serait vaine. Les appels à projets, les forums départementaux, les journées de la santé sont des manifestations qui concourent activement à la diffusion d'une certaine culture de santé publique.

CONCLUSION.

La régionalisation des politiques de santé à travers le dispositif conférence régionale de santé, comité régional des politiques de santé et programmes régionaux de santé repose sur un partenariat effectif entre les acteurs régionaux et infrarégionaux. Ce travail en partenariat représente un changement très récent dans le mode de fonctionnement des institutions françaises. Un partenariat productif demande une cohérence d'autant plus difficile à réaliser que les partenaires sont multiples et qu'ils occupent une position inégale dans la concertation. Dans la région des Pays de la Loire, médecins libéraux et collectivités territoriales sont encore trop peu investis dans la démarche des programmes régionaux, ainsi que dans les instances de concertation.

De plus, la territorialisation des politiques dont celle de la santé remet en cause l'organisation administrative. Ainsi, l'intercommunalité et la région tendent à prendre le pas sur la commune et le département. Enfin, le positionnement de l'Etat reste à définir. En tant que responsable de la politique de santé publique, il organise le débat au niveau régional. Le projet de loi de modernisation du système de santé déposé à l'Assemblée Nationale prévoit la création d'un Conseil régional de santé réunissant tous les partenaires régionaux. Il favorise la déconcentration au niveau régional et donne une dimension plus " politique " au débat.

Au sein de ce dispositif, le pilote d'un programme régional de santé, souvent médecin inspecteur de santé publique, assume une mission d'animation délicate. Cette mission repose sans conteste sur sa capacité à mobiliser les partenaires au delà des enjeux institutionnels. Ces enjeux s'inscrivent dans un contexte différent selon les régions, lié à l'histoire locale et tributaire de la personnalité des acteurs. Tenant compte de ces tensions et s'appuyant sur les ressources locales, l'animateur du programme régional de santé doit composer un équilibre entre les partenaires et impulser une dynamique. Enfin, l'animateur du programme régional de santé fait porter son effort sur l'adhésion des acteurs de terrain et de la population aux propositions contenues dans le programme.

Dans la suite de la démarche, l'évaluation des programmes régionaux de santé reste une étape délicate mais indispensable. " Ceci reflète, en partie, les difficultés générales concernant l'évaluation de l'impact des politiques, plus particulièrement quant à la valeur ajoutée d'une approche en terme de partenariat. " (Bennington et geddes, 2000)

BIBLIOGRAPHIE.

Lois et règlements.

Loi n° 93-8 du 4 janvier 1993 relative aux relations entre les professions de santé et l'assurance maladie.

Loi du 31 juillet 1998 relative à la lutte contre l'exclusion Article 71.

Décret n° 91-1025 du 7 octobre 1991 (article 2).

Décret n°97.360 du 17 avril 1997 relatif aux conférences régionales de santé.

Décret n° 98.1216 du 29 décembre 1998 relatif aux programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins et modifiant le code de la santé publique.

Arrêté n° 99/DRASS/618 portant composition du comité régional des politiques de santé par le préfet de la région Pays de la Loire, préfet de la Loire-Atlantique.

Circulaire DGS /SP1 N° 97/731 du 20 novembre 1997 relative aux conférences régionales de santé et aux programmes régionaux de santé.

Circulaire n° DH/DGS/SP2/DAS/RV3/98/736 du 17 décembre 1998 relative à la mission de lutte contre l'exclusion sociale des établissements de santé participant au service public hospitalier et à l'accès aux soins des personnes démunies.

Circulaire DGS/SP 2 n°99-110 du 23 février 1999 relative à la mise en place des programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins pour les personnes en situation de précarité.

Circulaire DGS/GAGPB n°99/339 du 11 juin 1999.

Circulaire DGS n°99/572 du 8 octobre 1999 relative aux conférences régionales de santé 1999.

Circulaire n°DGS/SQ2/DAS/DH/DSS/DIRMI/99/648 du 25 novembre 1999 relative aux réseaux de soins préventifs, curatifs, palliatifs ou sociaux.

Textes officiels, rapports, colloques.

Rapport SOUBIE , 1993, " Santé 2010 ", Groupe " prospective du système de santé " présidé par Raymond SOUBIE, Commissariat Général du Plan, La documentation française.

HCSP, 1994, " La santé en France ". Rapport général du Haut Comité de la Santé Publique, La documentation française.

Conférence nationale des DRASS, 1996, actes du colloque.

HCSP, 1998, " Allocation régionale des ressources et réduction des inégalités de santé ", Rapport du Haut Comité de la Santé Publique, éditions ENSP, juin 1998.

Projet de loi d'orientation pour l'aménagement et le développement durable du territoire, Dominique VOYNET, juillet 1998.

“ La place des usagers dans le système de santé “ , Rapport et propositions du groupe de travail animé par Etienne CANIARD, février 2000.

“ Conférence nationale de santé “ rapport 2000, Paris, 21,22,23 mars 2000.

Assemblée Nationale, 2000, Synthèse des travaux et conclusions du groupe de travail sur la régionalisation du système de santé. Assemblée nationale ; Claude EVIN le 1 mai 2000.

“ Pour la modernisation du système de santé “, Rapport présenté par Marisol TOURAINE, 16 mai 2000.

PREEL Jean-Luc, 2000, “ Colloque sur la régionalisation de la santé “, la Roche/Yon, 7 juin 2000.

Conférence nationale des médecins inspecteurs régionaux, juin 2000, “ La régionalisation du système de santé “ .

Rapport de la commission pour l'avenir de la décentralisation, présidée par Pierre MAUROY, 17 octobre 2000.

Cours des Comptes, SECU 2000, Rapport de la Cours des comptes sur la sécurité sociale, novembre 2000.

DATAR, 2000, Schéma des services collectifs sanitaires, document soumis à la concertation, automne 2000.

PRS “ Prévention de l'infection à VIH “ DDASS DRASS des Pays de la Loire.

PRS “ Suicides/tentatives de suicide “ 1998-2002, DDASS DRASS des Pays de la Loire.

PRAPS 2000-2002 DRASS des Pays de la Loire.

Statistiques et indicateurs de la santé et du social. Mémento 1999.2000. Pays de la Loire.

Articles.

BENNINGTON John et GEDDES Mike, 2000, “ Excursion sociale et partenariat local : la dimension européenne ” , Partenaires contre l'exclusion, Pôle sud n°12, mai 2000.

BRODIN Marc, juin 2000, “ CNS 2000 Bilan et perspectives “ , ADSP n°31.

BRÜCKER Gilles, 2000, “ Où se définit la politique de santé ? “ , Actualité de la protection sociale, cycle annuel 2000/2001 de formation sciences politiques et centre national d'études supérieures de la sécurité sociale, octobre 2000.

CANIARD Etienne, juin 2000, “ Représentation des usagers “ , ADSP n°31.

DAB William, 1996, “ Entre connaissance et décisions : une fonction à inventer “ , dans Handicap et vieillissement, Questions en santé publique, les éditions INSERM, p.155-169.

DAB William, 1993, " l'évaluation du risque en santé publique ", revue Prévenir, n°24.

DE KERVASDOUE Jean, octobre 2000, " Où se définit la politique de santé ? ", Actualité de la protection sociale, cycle annuel 2000/2001 de formation sciences politiques et centre national d'études supérieures de la sécurité sociale.

DEMARQUETTE Michel, 2000, " Des conférences régionales de santé au contrat de plan Etat Région ", IASS La revue n°29.

DRAGO Roland, 1998, " L'administration centrale entre Bruxelles et les bureaucraties locales ", Revue administrative, p.88.

DUCIMETIERE Pierre , 1996, " Pour une politique de santé publique ", ADSP n°17.

ERRIEAU Gilles, 2000, " Exercice et organisation de la médecine libérale ", ADSP n°32.

EVIN Claude, 2000 a, " Assurance-maladie, médecine libérale : deux chantiers à ouvrir ", Le Monde, 2 novembre 2000.

EVIN Claude, 2000 b, " Où se définit la politique de santé ? ", Actualité de la protection sociale, cycle annuel 2000/2001 de formation sciences politiques et centre national d'études supérieures de la sécurité sociale.

FONTAINE Danièle, 1997, " Les inégalités géographiques de santé ", La santé de l'homme n°327, janvier/février 1997.

FROSSARD Michel, 1997, " De l'observation à la décision ", ADSP n°19.

FROSSARD Michel, 1989, " Besoins des personnes âgées et planification, de la théorie à la pratique ", revue des affaires sociales n°3, juillet-septembre 1989.

GIBLIN Béatrice, 1999, " La santé publique, une question géopolitique ", Revue Hérodote, n°92, 3-11.

GRANIER Agnès, 2000, " Précarités et demandes de santé ", Projet n°263.

GUYADER Nathalie, 2000, " Le PRAPS Nord Pas de Calais ", IASS La revue, n°29.

HAEHNEL Pierre, 2000, " Lieux et modes d'exercice ", ADSP n°32.

HURIET Claude, 2000, " La nécessité d'une vraie décentralisation ", Le Figaro, 8 juin 2000.

JEROME Béatrice, 2000, " Les paradoxes de la décentralisation ", Le Monde, 20 juin 2000.

JOEL Marie-Eve, 2000, " Des soins à la santé publique ", Projet n°263.

KELLER Bruno, 2000, " Médecins libéraux : ces craintes qui alimentent le malaise ", ADSP n° 32.

LE GALES Patrick, 2000, " Il n'y a pas un niveau pertinent, ni un modèle unique de développement territorial ", Le monde, 2 septembre 2000.

LEBRUN Thérèse, SAILLY Jean-Claude, 2000, " L'évolution des systèmes de soins et d'assurance maladie ", Projet n°263.

L'HELGOUACH Marie-Claire, BAUBEAU Dominique, 1997, " Schéma régional de l'organisation sanitaire et programme régional de santé : quels liens ? ", La santé de l'homme n°327, janvier/février 1997.

LONCLE-MORICEAU Patricia, 2000, " Partenariat local et exclusion sociale ", Partenaires contre l'exclusion, Pôle sud n°12, mai 2000.

LONCLE-MORICEAU Patricia et SCHAETZEL Françoise, 2001, " La régionalisation des politiques de santé : le cas du Nord Pas de Calais ", Pouvoirs locaux (à paraître).

MEREAU Mathieu, 1998, " La Conférence Nationale et les Conférences Régionales, nouveaux outils pour la politique de santé ", Le courrier de l'évaluation en santé, n°13.

MOATTI Jean-Paul, 1996, " Les priorités de santé publique, les dangers d'une dérive utilitariste ", ADSP, n°17.

NICOLAS Christian, 2000, " Les programmes régionaux de santé ", ADSP, 30 mars 2000.

OBERLE Daniel, 1997, " Des territoires pour la santé publique, regard sur dix ans de décentralisation ", La santé de l'homme n°327, janvier/février 1997.

SALOMEZ Jean-Louis, LACOSTE Olivier, 1999, " Du besoin de santé au besoins de soins. La prise en compte des besoins en planification sanitaire ", Revue Hérodote, n°92, 101-120.

TESSIER Stéphane, 1997, La santé de l'homme n°327, janvier/février 1997.

TUFFREAU François, 1998, " Le nouveau paysage régional en matière de santé " , Actualités et dossiers en Santé Publique, n° 22, pp 18-21.

VERPILLAT Patrice, 1996, " Etat de santé et priorités de santé publique " , ADSP n°17.

VERPILLAT Patrice, DEMEULEMEESTER René, 1997, " Evaluation des conférences régionales sur l'état de santé et les priorités de santé publique " , Santé publique 1997, n°1 p.91-103.

VOLOVITCH Pierre, 2001, " La maîtrise des dépenses dans l'impasse " , Alternatives économiques, janvier 2001.

Ouvrages.

ALBERTINI Jean-Benoit, 2000, " Réforme administrative et réforme de l'Etat en France " Economica, p.114.

CROZIER Michel et FRIEDBERG Erhard, 1977, " L'acteur et le système. " , Editions du Seuil, Paris.

DE KERVASDOUE Jean, 1999, " Santé, pour une révolution sans réforme", Le débat, Gallimard.

DEBIONNE François-Paul, 2000, " La santé passe par la dignité ; l'engagement d'un médecin " , Editions Quart Monde.

HENRARD Jean-Claude et ANKRI Joël, 1996, " Systèmes et politiques de santé " , éditions ENSP.

MOREAU Jacques, TRUCHET Didier, 2000, “ Droit de la santé publique “ , 5^eédition, Dalloz.

MORELLE Aquilino, 1996, “ La défaite de la santé publique “ Paris, Flammarion.

NOIN Daniel, 2000, “ La France des régions “ , synthèse géographie, Armand Colin.

POMEY Marie-Pascal, POULLIER Jean-Pierre, LEJEUNE Benoist, 2000, “ Santé publique “ , Ellipses.

Lexique des termes juridiques, édition Dalloz, 1995.

Sites Internet.

Sites régionaux.

ARH : <http://www.sante-pays-de-la-loire.com>

URML : <http://www.upml-pl.fr/>

Conseil régional des Pays de la Loire : <http://www.cr-pays.de.la.Loire.fr/indexflash.htm>

Autres sites.

Service public, portail d'accès de l'administration : <http://www.service-public.fr>

Rapports officiels: <http://www.ladocfrancaise.gouv.fr>

Lois et décrets : <http://www.legifrance.gouv.fr>

Ministère : <http://www.sante.gouv.fr>

Fédération nationale des ORS : [http:// www.fnors.org](http://www.fnors.org)

INSEE : <http://www.insee.fr>

CNAMTS : <http://www.cnamts.fr>

ANNEXES.

Liste des personnes rencontrées.

Liste des personnes rencontrées en entretien.

M. Péricard, directeur de l'ARH des Pays de la Loire.

M. Peltier, directeur de la DRASS des Pays de la Loire.

M. Dmuchowski, directeur de la DDASS de la Loire-Atlantique.

M. Aubrun, directeur de la DDASS de la Sarthe.

M. le Dr. Chambaud, directeur de la DDASS de la Mayenne.

Mme. Chappellon, directrice adjoint de la DDASS du Maine et Loire.

Mme. Hernandez, directrice de la DDASS de la Vendée.

Mme. Michalewicz, médecin conseil auprès de la rectrice d'Académie des Pays de la Loire.

Mme. Papon, conseillère générale de la Loire-Atlantique.

M. Dessaigne, conseiller général de la Mayenne.

M. le Dr. Crochet, conseiller général de la Vendée.

Mme. Gandemer, maire de Vieilleville.

M. Bedouet, président de l'URCAM des Pays de la Loire.

M. Le Neve-Ricordel, directeur de l'URCAM des Pays de la Loire.

M. Prétel, député UDF.

M. Evin, député PS.

M. le Dr. Brézac, président de l'URML des Pays de la Loire.

Mme le Dr. Tallec, directrice de l'ORS des Pays de la Loire.

M. le Pr. Lombrail, professeur de santé publique au CHU de Nantes.

M. le Dr. Riff, MIR, chef de projet du PRS cancer.

Mme le Dr. Niaouet, MISP, chef de projet du PRS alcool.

M. le Dr. Niaouet, MISP, chef de projet du PRS SIDA.

Mme le Dr. Danielle, MISP, chef de projet du PRS suicide.

M. Levent, IP, chef de projet du PRAPS.

M. Patier, ancien directeur de L'ARH de Midi-Pyrénées.

M. le Pr. Brückner, Haut Comité de la Santé Publique.

M. le Pr. Brodin, président de la CNS.

Dans le Nord Pas de Calais, dans le cadre du module politiques de santé.

M. Galametz, conseiller régional du Nord- Pas de Calais

M. le Dr. Farasse, président de l'URML du Nord- Pas de Calais.

Mme Lebrun, présidente de la CRS du Nord- Pas de Calais.

M. Abdelatif, président de l'URCAM du Nord- Pas de Calais.

M. Radondy, directeur de l'URCAM du Nord- Pas de Calais.

M. Darcy, directeur adjoint de la CRAM Nord Picardie.

Mme. Van Rechem, directrice de la DDASS du Pas de Calais.

Mme. Cardinal, directrice adjointe de la DDASS du Nord.

M. Dumont, directeur de l'ARH du Nord- Pas de Calais.

Composition du comité régional des politiques de santé des Pays de la Loire.

(Arrêté préfectoral n°99/DRASS/618)

Le Préfet de la Région Pays de la Loire ou son représentant, Président ;

Le Directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation ou son représentant ;

Le Directeur Départemental des Affaires Sanitaires et Sociales de chacun des départements de la région ou son représentant .

Le Recteur d'Académie ou son représentant ;

Mme Claudine Lefebvre, représentant le Conseil Régional ;

Mme Monique Papon, représentant le Conseil Général Loire-Atlantique ;

M. Christian Gillet, représentant le Conseil Général de Maine et Loire ;

M. Georges Dessaigne, représentant le Conseil Général de la Mayenne ;

M. Jean-Marie Geveaux, représentant le Conseil Général de la Sarthe ;

M. le Docteur Jean Crochet, représentant le Conseil Général de la Vendée ;

M. Jean-Claude Remaud, Maire de Fontenay le Comte, Vendée ;

Mme Paulette Gandemer, Maire de Vieillevigne, Loire-Atlantique ;

Membres désignés par les associations des Maires de la Région Pays de la Loire ;

M. Loïc Bedouet, représentant l'Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie des Pays de la Loire.

Le délégué régional du Fonds d'action sociale pour les travailleurs immigrés et leurs familles ou son représentant.

Membres actuels du jury de la conférence régionale de santé des Pays de la Loire.

(Arrêté n°2000/DRASS/1276)

Au titre du collège 1 :

M. Le Névé-Ricordel, directeur de l'union régionale des caisses d'assurance maladie des Pays de la Loire,

M. Deletre, président de l'union régionale de la mutualité des Pays de la Loire

Au titre du collège 2 :

M. le Dr. Brézac, président de l'union régionale des médecins exerçant à titre libéral,

M.le Pr. Lombrail, professeur de santé publique au centre hospitalier de Nantes,

Au titre du collège 3 :

M. le Pr. Rodat, membre élu du bureau de la faculté de médecine de Nantes,

M. Heulin, directeur du centre de formation et de recherche à la relation d'aide et de soins,

Au titre du collège 4 :

Mme Gombault, vice-présidente de l'union régionale des associations familiales,

M. Steeg, administrateur à l'union régionale des consommateurs,

Au titre de représentante de la conférence régionale à la conférence nationale :

Mme Tamalet, psychologue de l'unité des addictions au centre hospitalier universitaire de Nantes,

Au titre de personnes qualifiées :

Mme Donné, représentante de l'union nationale des associations des infirmières de France,

Mme Matran, infirmière générale au centre hospitalier de Mamers,

M. le Dr. Leguay, chef de service de psychiatrie du centre hospitalier spécialisé de Ste Gemmes/Loire, président de l'observatoire régional de la santé des Pays de la Loire

M. le Dr. Dufaye, administrateur à la fédération nationale des associations d'accueil et de réadaptation sociale des Pays de la Loire,

M;le Pr. Nicolas, ex rapporteur général auprès du Haut comité de la santé publique, conseiller technique auprès du directeur des hôpitaux

Au titre des usagers :

M; Crespeau, juré citoyen lors des Etats généraux de la santé.

Sigles utilisés.

ADSP : Actualité et dossier en santé publique

ARH : Agence régionale de l'hospitalisation

ARS : Agence régionale de santé

CNAM(TS) : Caisse nationale d'assurance maladie (des travailleurs salariés)

CNS : Conférence nationale de santé

COMEX : Commission exécutive de l'ARH

CPAM : Caisse primaire d'assurance maladie

CRAM : Caisse régionale d'assurance maladie

CROSS : Comité régional de l'organisation sanitaire et sociale

CRS : Conférence régionale de santé

CTRI : Comité technique régional et interdépartemental

DATAR : Délégation à l'aménagement du territoire et à l'action régionale

DDASS : Direction départementale des affaires sanitaires et sociales

DRASS : Direction régionale des affaires sanitaires et sociales

FAQSV : Fonds d'aide à la qualité des soins de ville

FNPEIS : Fonds national de prévention, d'éducation et d'informations sanitaires

HCSP : Haut comité de la santé publique

INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques

LFSS : Loi de financement de la sécurité sociale

MILDT : Mission interministérielle de lutte contre la drogue et les toxicomanies

MIR : Médecin inspecteur régional

MISP : Médecin inspecteur de la santé publique

ONDAM : Objectif national des dépenses d'assurance maladie

ORS : Observatoire régional de la santé

PRAPS : programme régional d'accès à la prévention et aux soins

PRS : Programme régional de santé

PSAS : programmation stratégique des actions de santé

PTS : Programme territorial de santé

SROS : Schéma régional de l'organisation sanitaire

URCAM : Union régionale des caisses d'assurance maladie

URML : Union régionale des médecins libéraux

Glossaire.

Système de santé : d'après Henrard, le système de santé comprend trois sous systèmes : la population, les producteurs de soins et les responsables chargés de l'organisation administrative et du financement. Chaque sous système a des caractéristiques et un fonctionnement propre.(Henrard et Ankri, 1996)

Territoire : le territoire est le produit d'une population organisée en société à diverses échelles (locale, régionale, nationale ...)(Tessier, 1997)

Contrat de ville : c'est un dispositif visant à lutter contre l'exclusion urbaine. Il sert de référence à l'ensemble des dispositifs de droit commun (contrats locaux de sécurité, contrats éducatifs locaux...). Le contrat de ville est établi pour sept ans, durée d'un plan, soit de 2000 à 2006. Les sites des contrats de ville sont arrêtés par le préfet de région.

Contrat de plan Etat Région : répartition de l'enveloppe de 105 milliards de francs dédiés aux contrats de plan Etat Régions annoncée par le gouvernement en avril 1999.

Déconcentration : système pratiqué en droit positif, consistant à confier les pouvoirs de décision à celles des autorités qui sont en fonction dans différentes circonscriptions administratives. (Lexique des termes juridiques, 1995)

Décentralisation : système d'administration consistant à permettre à une collectivité humaine (décentralisation territoriale) ou à un service (décentralisation technique) de s'administrer eux-mêmes sous le contrôle de l'Etat, en les dotant de la personnalité juridique, d'autorités propres et de ressources. (Lexique des termes juridiques, 1995)

Fonds national de prévention, d'éducation et d'informations sanitaires (FNPEIS) : les actions financées par le FNPEIS sont définies depuis 1997 dans la convention d'objectifs et de gestion, signée pour trois ans entre la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés et l'Etat. Ces actions s'inscrivent dans un cadre pluriannuel.

Tableau des compétences des services déconcentrés et des collectivités territoriales.

D'après le droit de la santé publique (Moreau et Truchet, 2000).

Au niveau régional	DRASS. - participation à l'élaboration et à la mise en œuvre des politiques de santé avec la CRS - gestion de l'offre de soins sous autorité de l'ARH (le directeur régional est de droit l'un des deux vice-présidents de l'ARH) - veille et sécurité sanitaire (avec les agences nationales et les DDASS) épidémiologie	Conseil régional N'a ni autorités ni services spécifiques	Commune - compétences de police générale du maire, en particulier pour la salubrité et la sécurité - services communaux d'hygiène et de santé - certaines communes ont la faculté de créer dispensaires et centres de santé - centre communal d'action social
Aux niveaux départemental et communal	DDASS. - veille et sécurité sanitaire - recensement des maladies à déclaration obligatoire - promotion de la santé gestion du secteur médico-social (compétence partagée avec le Conseil Général)	Département - action sanitaire concernant les vaccinations et la lutte contre les fléaux sociaux(dispensaires anti tuberculeux, dispensaires ou centres anti-vénériens, action de dépistage précoce contre le cancer, lutte contre les maladies mentales) - la protection maternelle et infantile - action sociale, aide à la famille, à l'enfance et aux personnes âgées (en particulier dans le domaine des prestations légales)	