

# Auditions sur la planification en santé

Ces auditions ont eu lieu le 25 février 2009 dans le cadre d'une réunion de bureau élargie aux deux groupes de travail « L.P.S.P. » et « P.N.S.E. 2 ».

## I. Au plan régional

**Alain LOPEZ, Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales, projet agences régionales de santé**

Vous nous avez demandé comment s'élaborerait la planification en santé avec les A.R.S. Je ferai une incursion dans le domaine du national. Je vous propose de commenter le projet de texte, puis d'aller au-delà de ce commentaire. Je vous exposerai nos idées. Le texte de loi sera étoffé par des décrets et des textes d'application, mais il ne suffit pas à tout expliquer. Certains sujets méritent qu'on les travaille. Nous préparons d'ailleurs actuellement un document méthodologique pour élaborer un plan stratégique régional de santé.

Concernant le projet de loi lui-même, vous savez que la réforme apporte une mutation profonde de notre modèle. Vous êtes suffisamment avertis sur le sujet pour vous en être rendu compte. L'administration actuelle est relativement bien adaptée à la gestion de la pathologie aiguë. Aujourd'hui, nous devons adapter les A.R.S. à la gestion de la maladie chronique et de la perte d'autonomie des personnes âgées. Son champ de compétences large, qui balaie la sécurité sanitaire, le médico-social, la prévention, l'éducation à la santé ou les soins hospitaliers et ambulatoires, la met en situation de déterminer une politique permettant de traiter un problème de santé par tous ses bouts. Cette situation sera donc plus adaptée à la gestion des pathologies chroniques et de la perte d'autonomie.

Il convient de ne pas nous contenter de nous satisfaire de nouvelles organisations. Elles pourront faciliter les stratégies mais devront être complétées par une évolution des pratiques. Je parle donc aujourd'hui sous réserve que nous sachions mettre en œuvre les pratiques qui rendront possible une nouvelle approche. En partant d'un problème de santé, nous souhaitons apprendre à bâtir une stratégie permettant d'agir de façon complémentaire sur les domaines de la prévention, de la sécurité sanitaire, des soins hospitaliers et ambulatoires ou du médico-social. Cette volonté transformera profondément les pratiques et nos modes d'approche des questions de santé, aujourd'hui trop compartimentés.

Nous devons en conséquence nous doter d'un outil de définition de la politique de santé de l'A.R.S. capable de relever ce défi. Nous travaillons aujourd'hui avec des outils de définition politique éclatés et dont le contenu n'est pas toujours facile à cerner. Ils mélangent en effet ce qui relève de la stratégie, de l'opérationnel et du programme. Les termes que nous employons pour qualifier les outils de définition politique introduisent une certaine confusion dans le débat. Nous ne savons pas toujours si leur utilisation renvoie à un document stratégique, opérationnel ou *programmatique*. Il est toujours plus facile de s'en tenir au plan stratégique plutôt que d'aborder le niveau opérationnel, souvent plus douloureux.

Le projet de loi soumis au Parlement cherche à mettre de l'ordre dans le dispositif constitué des S.R.O.S., du P.R.S.P., du P.R.S., des schémas médico-sociaux, du P.R.I.A.C.<sup>1</sup> et du programme de gestion du risque. Il propose une architecture conçue sur trois étages :

- l'élaboration d'un plan stratégique régional de santé,
- des mesures opérationnelles prévues par au moins trois schémas sectoriels. Le premier, sur les soins hospitaliers et ambulatoires, embrassera le S.R.O.S. Le second, portant sur la prévention, inclura les problématiques de sécurité sanitaire. Le troisième sera un schéma médico-social,
- des programmes, où l'on retrouvera le P.R.I.A.C.

Afin d'afficher la solidarité de ces trois étages, nous les avons rassemblés sous le terme « Projet régional de santé », qui n'a pas d'autre contenu que le rassemblement du plan stratégique, des schémas et des programmes. Nous rencontrons les plus grandes difficultés pour nous faire comprendre sur ce point. Nous avons pensé qu'il serait utile de pouvoir recourir à un concept englobant. Le P.R.S. ne sera pas autre chose que l'expression d'une solidarité entre les trois étages de la politique de santé régionale.

## **1. Le Plan stratégique régional de santé (P.S.R.S.)**

Le P.S.R.S. est un objet nouveau. Aucun document ne fixe aujourd'hui les priorités et les objectifs de santé au niveau régional dans le domaine de la prévention, de la sécurité sanitaire, des soins ambulatoires et hospitaliers et du médico-social. Le projet de loi prévoit que le plan stratégique porte sur tous ces domaines à la fois. Chaque région n'aura donc qu'un seul P.S.R.S., transversal à tout le champ de compétences de l'A.R.S. Nous rencontrerons certainement des difficultés de construction sur ce point, d'autant que nous considérons que l'approche transversale devra aller assez loin dans la précision des objectifs pour que les approches opérationnelles puissent se dérouler à sa suite. Si le P.S.R.S. consiste seulement à afficher de grands principes valables pour tous, les différents domaines d'intervention n'iront pas, comme nous le souhaitons, se nourrir et se renforcer les uns les autres. Les objectifs stratégiques des champs de compétences de l'A.R.S. doivent donc être précis.

## **2. Les schémas sectoriels**

Ces schémas pourront revenir à une séparation des différents secteurs pour ne traiter que des mesures opérationnelles découlant des objectifs fixés par le P.S.R.S. Par exemple, un P.S.R.S. pourra aller jusqu'à afficher l'objectif de fermeture des petites maternités d'une région. Ce sujet pourrait ainsi être débattu avec les représentants de l'ensemble des champs de compétences de l'A.R.S. En revanche, les mesures opérationnelles pourraient préciser quelles maternités sont concernées, dans quelles conditions. Le plan stratégique pourrait descendre assez bas dans les objectifs à décliner au sein des schémas sectoriels. Le S.R.O.S. ou les schémas de prévention ou

---

<sup>1</sup> S.R.O.S. : schéma régional d'organisation sanitaire – P.R.S.P. : projet régional de santé publique – P.R.S. : programme régional de santé – P.R.I.A.C. : Programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie

médico-sociaux y gagneront une force bien plus opérationnelle et précise. Tout cela est une piste de travail que nous étudions.

### 3. Les programmes

La distinction que nous avons tenu à faire entre mesures opérationnelles et programmes nous pose elle aussi des problèmes de compréhension. En France, la dimension du programme est généralement absente des travaux de planification. C'est ce qui explique que soyons en difficulté pour la différencier de la dimension opérationnelle. Je vais illustrer mon propos à l'aide d'une histoire personnelle qui m'a appris pourquoi il était important de distinguer les niveaux opérationnel et *programmatisé*.

Il y a vingt ans, j'ai travaillé à l'élaboration du premier schéma départemental d'organisation de la santé. Nous étions très fiers. Notre schéma, très opérationnel, indiquait comment tout un hôpital serait restructuré. Nous avons réparti les unités d'hospitalisation dans d'autres villes et prévu la construction d'unités d'accueil. Nous avons pointé dans notre schéma, ce qui n'était pas fréquent, les impacts en personnel. Nous avons même bâti nos projets en fonction des départs à la retraite ou des mutations sur cinq ans. Tous ces mécanismes nous paraissaient très opérationnels. Nous avons été invités dans de nombreux congrès pour expliquer comment nous avons procédé.

Au bout d'un an, un directeur d'hôpital concerné par ces opérations m'a expliqué que rien n'avait encore commencé. Pendant un an, nous n'avions strictement rien fait. Pas une mesure n'avait été mise en place, parce que tous les acteurs s'attendaient. Nous n'avions pas fait de programmation. Nous aurions dû préciser qui devait faire quoi, dans quels délais, avec quel compte-rendu, quelles contraintes et conséquences financières éventuelles ou quel dispositif de suivi. Il ne suffit pas d'avoir émis le souhait qu'une maternité ferme pour qu'elle ferme effectivement. Il convient d'expliquer comment on doit s'y prendre et quelles seront les actions concrètes à réaliser. De même si l'on souhaite regrouper deux hôpitaux. C'est la raison pour laquelle nous distinguons les mesures opérationnelles prévues par les schémas de la programmation.

#### **Christian SAOUT, Président**

Pouvez-vous aller un peu plus loin ? Ce que nous approchons très souvent dans une logique de programme semble se résumer pour vous à la fixation d'un calendrier et de conditions de réalisation. Cette notion diffère de celles que l'on rencontre dans certains programmes nationaux.

#### **Alain LOPEZ, Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales, projet agences régionales de santé**

Nous sommes ici au niveau régional. Il est donc important de fixer un calendrier, de confier les responsabilités de la mise en œuvre du programme à quelqu'un et de définir les conditions financières devant permettre au projet d'aboutir.

#### **Christian SAOUT, Président**

Je me permets d'insister dans la mesure où cette notion ne va pas de soi, y compris dans la culture associative d'un certains nombres de membres du bureau. Sous l'injonction de l'État, nous sommes contraints de vous remettre des fiches actions. Il semble que la vision que vous avez des programmes régionaux représente la partie basse de ces fiches, soit l'engagement calendaire et les

moyens à mettre en œuvre. Nous sommes plus à l'aise avec le terme « programmation » que « programme ».

**Martial METTENDORFF, Direction générale de la santé**

Plus nous avançons, plus nous nous rendons compte que beaucoup d'éléments doivent être remontés dans la partie haute des plans si l'on souhaite gagner en transversalité. L'utilisation du mot « schéma » est liée au fait que nous voulions garder le niveau du S.R.O.S. et les deux grands schémas existant, très structurants. La dimension géographique est très importante sur les questions régionales et de territoire. Cet enjeu peut avoir de la valeur, notamment en termes de sécurité sanitaire.

En programmation, les questions portent plutôt sur les types d'actions, les calendriers et les moyens.

**Alain LOPEZ, Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales, projet agences régionales de santé**

La programmation peut d'ailleurs à nouveau relever du transversal. Dans une région, on pourrait, par exemple, réaliser un programme de maintien à domicile des personnes âgées. Il comprendra des actions extraites des mesures opérationnelles des schémas de prévention, médico-social ou de soins. On déterminera alors qui conduira ces actions, dans quels délais et dans quelles conditions. Le programme sera une feuille de route pour l'A.R.S.

Cela suppose peut-être que le programme ne soit pas un outil opposable aux acteurs. Nous devons encore discuter sur ce point, qui représente un problème pour le P.R.I.A.C. Le programme pourrait ainsi s'adapter en cours de route, en fonction des difficultés rencontrées.

**Christian SAOUT, Président**

Ainsi que n'importe quel plan d'action le pourrait.

**Alain LOPEZ, Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales, projet agences régionales de santé**

Le schéma, quant à lui, notamment dans le domaine des soins hospitaliers, doit garder sa force d'opposition aux établissements. Leurs projets devront être compatibles avec les dispositions du schéma. Ils pourront ne pas être autorisés. Le programme, en revanche, est un outil de travail permettant de traduire dans les faits les changements que l'on aura décidé d'engager.

Cette structuration est importante dans la mesure où elle organise également le dialogue avec l'ensemble des partenaires. Au cours de notre cheminement, nous avons besoin de savoir à tout moment sur quels points existent un accord ou des désaccords, sous peine d'aboutir à un débat d'une extrême confusion. On peut être d'accord sur une stratégie sans l'être avec les mesures opérationnelles prévues ou les conditions *programmationnelles* de leur réalisation. Pour que le dialogue au sein d'une région se déroule de façon saine, il est important que le débat collectif soit clair sur les points de désaccords.

Nous avons donc mené un travail de clarification avec cette planification en étapes. L'approche est transversale au niveau de la stratégie et des objectifs, se découpe par secteurs au niveau opérationnel et peut retrouver son approche transversale dans le domaine programmatique. Ce cadre nous paraît plus compact et structurant au regard des outils existant.

Concernant l'articulation de cette logique avec le niveau national, je souhaite souligner que les politiques régionales doivent pouvoir s'adapter aux particularités mais également décliner les orientations et les volontés définies au niveau national. Le texte de loi précise peu les choses à ce sujet. J'ai le sentiment qu'il nous faudra traiter de façon plus approfondie ce sujet à l'avenir. Une politique régionale construite et architecturée exigera son pendant au niveau national.

**Gérard DUBOIS, représentant de la Conférence régionale de santé de Picardie (coll. 4)**

Vous avez évoqué la région comme lieu de débat. Qui débat, et où ?

**Alain LOPEZ, Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales, projet agences régionales de santé**

Nous avons conscience du fait que le texte de loi n'est pas facile à décrypter en raison de son écriture épurée. Il prévoit de mettre en place un dispositif de concertation rassemblé. Aujourd'hui, nous disposons de la C.R.S. d'un côté et des C.R.O.S.<sup>2</sup> de l'autre (sanitaire et médico-social). La concertation est donc désarticulée.

Nous avons conservé le terme « Conférence régionale de santé », qui recouvrira le dispositif rassemblé. La C.R.S. ne ressemblera pas à la Conférence actuelle. Elle en reprendra les attributions, mais ses compétences seront élargies. Cette organisation devra s'adapter à cette évolution. Nous avons à cette fin l'intention de constituer des commissions spécialisées et plénières. Notre réflexion sur leurs attributions exactes n'a pas encore été finalisée, mais nous connaissons la logique générale de construction qui articulera les commissions spécialisées et plénières. Nous avons d'ores et déjà décidé de créer au moins deux commissions spécialisées. Elles porteront sur le domaine médico-social et les soins. Cette dernière pourrait englober les soins hospitaliers et ambulatoires et les transports sanitaires. D'autres sujets s'offrent à nous, comme la santé mentale ou la prévention. Ces commissions spécialisées nous donneront un avis sur les schémas. Les avis concernant le Plan stratégique pourraient être émis en assemblée plénière dans la mesure où il s'agira d'un sujet transversal.

La C.R.S. est appelé à garder ses attributions actuelles sur l'organisation du débat public et le respect des droits des usagers. Sa composition pourrait s'approcher de celle de la Conférence actuelle avec des collègues. Elle devra représenter le plus largement possible tous les acteurs concernés.

**Christian SAOUT, Président**

Les moyens des D.R.A.S.S.<sup>3</sup> pour préparer les décisions des C.R.O.S. et des C.R.O.S.S.<sup>4</sup> seront-ils transférés à la C.R.S. ?

---

<sup>2</sup> C.R.O.S. : Comité régional de l'organisation sanitaire

<sup>3</sup> D.R.A.S.S. : Direction régionale des affaires sanitaires et sociales

**Alain LOPEZ, Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales, projet agences régionales de santé**

Ce type de mesures opérationnelles n'a pas encore été fixé.

**Gérard DUBOIS, représentant de la Conférence régionale de santé de Picardie (coll. 4)**

La Conférence donnera un avis sur la question mais ne sera pas le lieu d'élaboration.

**Alain LOPEZ, Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales, projet agences régionales de santé**

Le pilote du projet est l'A.R.S. mais sa construction devra s'opérer avec les acteurs. Il est aujourd'hui difficile de penser des projets de santé à la place des personnes concernées en les mettant devant le fait accompli. Nous avons besoin de concevoir notre projet ensemble à travers des groupes de travail associant acteurs et professionnels appartenant ou pas aux instances chargées de donner un avis.

Je considère d'ailleurs qu'il est préférable pour l'A.R.S. de ne pas se contenter d'une simple rencontre avec les instances ayant un avis à rendre, une fois son travail terminé. Il serait au contraire avisé de les associer aux phases clés de l'élaboration du projet de façon à pouvoir dénouer les éventuelles incompréhensions. Présenter des mesures opérationnelles sans avoir jamais exposé les grandes orientations d'un texte exclurait toute possibilité de faire un chemin ensemble et rendrait la discussion difficile. Les trois grandes étapes classiques doivent être suivies.

**Christian SAOUT, Président**

Aujourd'hui on passe souvent directement à la quatrième étape. Vous semblez nous proposer un changement culturel, auquel nous serions tous favorables.

**Alain LOPEZ, Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales, projet agences régionales de santé**

Il ne s'agit pas d'un changement culturel.

**Michel REGEREAU, représentant des organismes d'assurance maladie obligatoire et complémentaire et des représentants des collectivités territoriales (coll. 3), C.N.A.M.T.S.**

Pourquoi n'avez-vous pas changé le nom des C.R.S. si leur organisation change si radicalement ? Le risque étant que certains pensent que rien n'est changé.

**Alain LOPEZ, Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales, projet agences régionales de santé**

Les C.R.S. n'avaient pas jusqu'ici d'implication dans les travaux de planification. Aujourd'hui, les C.R.O.S. procèdent tous avec les trois étapes que j'ai évoquées. Le travail en bonne entente avec une instance de concertation interdit de lui présenter un résultat tout prêt. Ce mode de

---

fonctionnement est déjà en pratique. Il devra être mis en œuvre au sein d'un dispositif différent, avec l'aide d'outils nouveaux.

**Thierry DAËL, représentant de la conférence régionale de santé de Bretagne (coll. 4),  
Président de la C.D.R.U.**

Par delà les textes de loi, j'ai cru comprendre que vous étiez déjà à la recherche des futurs directeurs d'A.R.S.. Je souhaite savoir si les capacités à l'écoute, à la négociation et au dialogue font partie de vos critères de recrutement. Nous avons, sur le terrain, rencontré des profils psychologiques variés dont certains présentaient une tendance prononcée à l'autoritarisme. Le fonctionnement des A.R.S. en régions tient beaucoup à la personnalité de leur directeur. Je suis de ceux qui pourraient avoir une pointe d'inquiétude dans ce domaine.

**Alain LOPEZ, Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales, projet agences  
régionales de santé**

Comme je le disais tout à l'heure, les pratiques sont un sujet important. Vous avez raison de rajouter que les hommes qui les mettent en œuvre constituent également un élément clef. Je suis confiant.

**Bruno DELAVAL, représentant de la Conférence régionale de santé de Nord-Pas-de-Calais  
(coll. 4)**

A titre anecdotique, le schéma du Nord a été mis en difficulté après l'avis des conférences territoriales. Nous avons décidé de rendre le comité de pilotage permanent au moment de l'adoption du S.R.O.S. Il ne s'est pas réuni depuis. Nous avons de plus reçu récemment une demande de vote par correspondance. Il est évident que les hommes ont un poids déterminant dès lors que les décisions ne sont pas entérinées par décret.

Par ailleurs, en supprimant les C.R.O.S., vous placez la C.R.S. au niveau d'une dimension macroéconomique, ce qui est un progrès. Mais l'analyse des dossiers individuels sera sans doute renvoyée au contrat d'objectifs et de moyens, et directement à l'Agence. Le côté « programmatique » échappe donc au débat public. Il est inscrit dans un relationnel direct en raison du mécanisme des appels d'offres. La question porte ici sur la légitimité de la décision publique et sur sa mise en œuvre. Pour l'instant, la programmation l'emporte haut la main. Les plans multiples ayant chacun une priorité comme par exemple l'autisme viennent contrecarrer les volets globaux. L'organisation actuelle souffre de nombreuses contrariétés.

**Christian SAOUT, Président**

Si ce type de plans se limite à la partie « programmatique », les services ayant en main la rédaction du texte en régions devront faire œuvre de pédagogie.

**Alain LOPEZ, Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales, projet agences  
régionales de santé**

Concernant les mesures propres, par exemple, aux établissements médico-sociaux, les sujets plus opérationnels se trouveront dans les schémas régionaux.

**Bruno DELAVAL, représentant de la Conférence régionale de santé de Nord-Pas-de-Calais (coll. 4)**

Ajoutons-y les schémas des Conseils généraux.

**Alain LOPEZ, Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales, projet agences régionales de santé**

Le projet de loi a mis en place un dispositif nouveau. Il faudra voir s'il est efficace. Il prévoit la création d'une commission de coordination réunissant les décideurs des champs du médico-social et de la prévention. Elle devrait permettre de ne pas perdre les avancées obtenues en prévention. Dans le champ du médico-social, nous rassemblerons, autour du directeur de l'A.R.S., les présidents de Conseils généraux, le Président du Conseil régional, puisqu'il est compétent dans le champ de la formation, et les directeurs d'administrations de l'État concernés, comme, par exemple, celui de la cohésion sociale.

Cette réunion ne sera pas un lieu d'avis mais de travail collectif. Le directeur de l'A.R.S. aura alors l'occasion de s'expliquer sur son schéma régional. La présence des présidents de Conseils généraux permettra la mise en place de groupes de travail partagés afin d'arriver à des diagnostics communs et trouver une complémentarité entre les politiques. La réussite de cette entreprise dépendra, à nouveau, des pratiques et des hommes.

Les mesures propres aux établissements se trouveront donc dans les schémas régionaux du médico-social. Elles ne seront pas mélangées à d'autres sujets mais chevillées aux objectifs du plan stratégique régional de santé. Dans la perspective de ne pas fournir seulement des explications mais également des références, nous préparons actuellement un document méthodologique destiné aux directeurs d'A.R.S. Il devrait limiter l'impact des hommes en guidant leurs pratiques.

Un seul document de ce type existe aujourd'hui en France. Il date des années 80 et porte sur la psychiatrie. Nous souhaitons traiter dans le nôtre de l'articulation entre la stratégie donnée par l'A.R.S. et celles portées par d'autres autorités publiques agissant sur certains segments de la santé, comme, par exemple, la santé scolaire.

**Gérard DUBOIS, représentant de la Conférence régionale de santé de Picardie (coll. 4)**

La commission Balladur est en train de revoir les structures territoriales. Quelle compatibilité doit-on attendre entre la restructuration régionale qui se profile et la mise en place des A.R.S. prévue pour 2010 ?

**Alain LOPEZ, Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales, projet agences régionales de santé**

Il est un peu tôt pour prendre en considération un rapport qui n'a pas encore été rendu public.

**De la salle**

Nous souscrivons bien entendu à la transversalité, à la concertation et au décloisonnement. Le débat, qui réunit des acteurs de poids très différents, commence à s'organiser. Nous avons par

exemple parlé de la sanctuarisation des crédits de prévention ou d'une fongibilité asymétrique des enveloppes du médico-social.

**Alain LOPEZ, Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales, projet agences régionales de santé**

Le débat parlementaire devrait clarifier ces sujets. La Ministre a fait part de sa volonté dans ce domaine, y compris dans sa déclaration générale au Parlement. Elle souhaite qu'on ne puisse pas transférer les moyens du médico-social ou de la prévention vers le secteur sanitaire. Cette approche mènera inévitablement les régions à s'interroger sur l'équilibre des efforts qu'elle entreprendra en faveur de la prévention ou du médico-social. Elle identifiera ainsi les stratégies complémentaires à dérouler en choisissant de mettre l'accent sur la prévention, les soins ou les questions médico-sociales. La problématique de l'équilibre est redoutable, mais essentielle.

## **II. Au plan national**

**Martial METTENDORFF, Direction générale de la santé**

A l'occasion de cette « réingénierie » de la programmation de santé régionale, nous touchons à des questions fondamentales d'approche des sujets de santé. Au niveau national, la direction générale de la santé fait émerger quatre points cardinaux qui constituent notre boussole dans le cadre du déploiement des A.R.S. :

- la prévention

Le débat montre que nous avons aujourd'hui une opportunité de mettre en valeur les questions de prévention. Dès lors que les décideurs régionaux auront entre les mains l'ensemble du champ décisionnel, ils disposeront des moyens nécessaires pour porter des inflexions. Les discussions du planning montrent que des objectifs très hauts peuvent irriguer de manière importante les démarches opérationnelles en termes de prévention.

Par ailleurs, outre le fait que la C.R.S. pourrait se doter d'une instance dédiée à la prévention, nous avons prévu dans la loi la création d'une commission de coordination permettant d'ouvrir l'A.R.S. à l'extérieur. Ce point est très important. Dans le champ de la prévention, l'A.R.S. ne doit pas céder à la tentation du repli sur soi sous prétexte qu'elle aura en main l'ensemble des services de la santé. Elle doit rester ouverte à tous les partenaires de la prévention.

Dans cette logique d'émergence et de structuration de la prévention, nous avons mis en place des groupes de travail ayant vocation à faire des recommandations opérationnelles aux A.R.S. ;

- la lutte contre les inégalités de santé

Nous pensons qu'il est nécessaire d'insérer cette thématique dans la démarche régionale. La loi de santé publique contenait un accrochage sur la réduction des inégalités, mais cette initiative n'a pas été menée à son terme. En termes d'objectifs au sein de la programmation régionale, tout comme au niveau national, nous devons aujourd'hui imaginer une approche menant à la réduction des inégalités interrégionales, territoriales et sociales ;

- la santé dans toutes les politiques.

Il s'agit là encore de la nécessité pour l'A.R.S. de faire preuve d'ouverture. Nous devons trouver un moyen plus fort de porter la question de la santé dans l'ensemble des politiques et de la formaliser davantage. Le Comité national de santé publique (C.N.S.P.) est aujourd'hui une source d'interministérialité, mais son opposabilité est faible, même si nous avons réussi à organiser des tours de table sur l'actualité des uns et des autres en termes de santé et que certaines idées cheminent. L'enjeu de l'interministérialité est important, notamment en termes de santé environnementale. Il est question d'internaliser l'ensemble des services de santé en charge de l'environnement. Le lien ne sera plus assuré par le préfet mais par le directeur de l'Agence, qui devra s'ouvrir aux grands aménageurs sous peine de perdre tous les liens établis ;

- la démocratie sanitaire

La conduite d'une politique de santé est un défi complexe faisant intervenir des connaissances scientifiques, médicales et techniques importantes. Nous pensons que le renforcement de la démocratie sanitaire dans l'appréhension des questions éthiques posées à la société civile et aux acteurs de la santé est un enjeu important, pour les échelons que nous avons évoqués comme la C.N.S. ou les C.R.S. mais aussi, dans le cadre d'une expression plus forte, au sein de communautés de santé, c'est-à-dire à partir d'une contractualisation au niveau des territoires. La loi ne permet aujourd'hui pas de mettre en place des contrats locaux de santé.

Ces quatre éléments nous guident au moment de questionner notre travail de planification. Nous devons apprendre à piloter des Agences régionales de santé en décloisonnant le pilotage du ministère de la santé. Il dispose aujourd'hui d'une direction des soins, d'une direction de l'action sociale et d'une direction générale de la santé, ainsi que de l'Assurance maladie et de la C.N.S.A. (caisse nationale de solidarité pour l'autonomie). Une réorganisation et une nouvelle approche seront nécessaires, même si la loi prévoit la création d'un comité de coordination. Nous avons distingué, pour le niveau national, trois éléments clefs de structuration :

- la loi n° 2004-806 relative à la politique de santé publique du 09.08.04 pose des problèmes sémantiques en mêlant les termes « plans », « programmes », « actions » ou « objectifs ». Un travail doit être mené dans ce domaine si l'on souhaite aboutir à un pilotage rénové et concerté dans le champ de la santé ;
- par ailleurs, l'ensemble des moyens sera regroupé entre les mains des régions, qui disposeront d'une importante force de frappe. Nous devons par conséquent nous poser la question de la mesure des progrès. La loi de santé publique cite 100 indicateurs sur lesquels travaille en ce moment le Haut comité de santé publique. Nous pourrions imaginer, nous aussi, de choisir des indicateurs permettant de surveiller les cadrans de l'évolution de l'état de santé de la population, aux niveaux national et régional. Cet élément clef pourrait s'avérer être tout à fait structurant ;
- enfin, les questions d'évidence scientifique ou économique sont importantes. Nous sommes encore trop dispersés dans le domaine des appuis des politiques régionales et de l'internalisation en stratégie de santé, et dans celui du travail à caractère économique. Nous pouvons encore progresser dans nos arguments concernant la prévention. Nous devons renforcer le champ de la connaissance dans ces domaines.

L'A.R.S. a permis de questionner l'approche nationale des questions de santé en partant du niveau régional. C'est la raison pour laquelle nous ne programmons pas de révision de la loi de 2004. Nous pouvons en être fiers. De nombreux appuis du projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires (H.P.S.T.) en sont issus. Elle avait, pour la première fois, défini le champ de la santé publique et structuré une démarche nationale.

**Gérard DUBOIS, représentant de la Conférence régionale de santé de Picardie (coll. 4)**

La centaine d'objectifs portés par la loi de 2004 est censée servir d'appui sur les questions scientifiques. Certains points en ont été exclus en raison de manques d'évidence. Imaginons qu'une proposition ne soit soutenue ni par la D.G.S., ni par la Haute autorité de santé ni par l'INCa (institut national du cancer), comme le dépistage du cancer de la prostate. Il est tout à fait possible qu'une A.R.S. choisisse localement de le financer. Quel serait alors le rôle du ministère ? Une telle situation pourrait entraîner plus d'inconvénients que d'avantages en termes de santé.

**Alain LOPEZ, Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales, projet agences régionales de santé**

La question se posera peut-être. L'Auvergne connaît une surmortalité du cancer de la prostate. Je pense que nous devons nous habituer au statut d'établissements publics des A.R.S., qui induit une certaine autonomie avec laquelle il faudra composer. La réforme cherche à créer davantage de démocratie, en partie grâce à la déconcentration. Dans cette perspective, il est important que les décisions puissent être prises en région. Vous évoquiez tout à l'heure l'éventualité d'être confronté à un directeur d'A.R.S. autocrate. Il n'est sans doute pas non plus souhaitable de faire face à une autorité sans substance. Nous devons trouver un juste milieu entre Charybde et Sylla. Tout le monde gagnera à ce que le directeur soit en capacité de prendre des responsabilités.

Il convient de ne pas aller à l'encontre du mouvement de déconcentration en encadrant les régions de façon trop rigide au niveau national. Par ailleurs, dans le domaine de la santé, il arrive que ce qui est aujourd'hui considéré comme peu souhaitable devienne la vérité de demain.

**Gérard DUBOIS, représentant de la Conférence régionale de santé de Picardie (coll. 4)**

J'ai pris cet exemple parce que ni la D.G.S., ni la H.A.S. ni l'INCa ne préconisent ce dépistage.

**Alain LOPEZ, Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales, projet agences régionales de santé**

Nous connaissons de multiples exemples où les avis ont évolué avec le temps. Il est important de laisser du jeu aux régions pour qu'elles puissent respirer. Le niveau national aura une autre façon d'encadrer les travaux des A.R.S. qu'avec une multiplication des normes et des interdits. Un contrat d'objectifs et de moyens sera passé entre l'instance de pilotage national et les A.R.S. Nous avons encore du travail sur ce sujet, en réfléchissant par exemple à la possibilité d'assigner aux A.R.S. des objectifs de résultats. L'A.R.S. devrait ainsi rendre des comptes. Si nous construisons un tel système, un directeur d'A.R.S. réfléchira à deux fois avant d'engager ses forces dans des directions intéressantes peut-être localement, mais lui faisant courir le risque de s'affaiblir pour répondre aux objectifs nationaux.

Le niveau national aura pour mission de donner des orientations et des objectifs, de produire des référentiels et des méthodes d'action et d'évaluer les résultats des A.R.S., qui devront quant à elles disposer d'une certaine marge de manœuvre mais rendront des comptes sur la façon dont elles auront engagé les fonds qui leur auront été alloués.

**Gérard DUBOIS, représentant de la Conférence régionale de santé de Picardie (coll. 4)**

Il existe des possibilités de dérapage en face desquelles il est difficile d'imaginer une absence de réaction de la part des instances nationales. J'ai travaillé dix ans à la Caisse nationale d'assurance maladie. Nous prenions en charge le dépistage de la trisomie 21 à partir de 38 ans. Une mutuelle, pensant qu'il s'agissait d'une restriction financière, a cru bon de se mettre à rembourser ce dépistage chez toutes les femmes. Nous avons dû leur expliquer que les raisons de cette limitation étaient médicales. Ils sont donc heureusement revenus sur leur décision. Un pouvoir de l'Etat pourra-t-il empêcher d'éventuels dérapages de ce type ?

**Martial METTENDORFF, Direction générale de la Santé**

Dans le champ de la sécurité sanitaire, l'Etat est bien entendu appelé à avoir un rôle majeur. Il m'est moi-même arrivé d'appeler des préfets pour leur demander d'intervenir dans certaines situations. Demain, nous procéderons de la même façon avec les directeurs des A.R.S. Sur certains sujets impliquant la sécurité de la population, la marge de manœuvre est égale à zéro. Le pouvoir d'évocation et de management de l'Etat restera donc très fort, mais notre logique de contractualisation place la construction stratégique entre les mains des régions. L'Etat sera en position de pointer ce qui doit changer.

**Jean-Louis SAN MARCO, représentant de la Conférence régionale de santé de Provence Alpes Côte d'Azur (coll. 4)**

J'aimerais porter à votre attention une appréciation et une réflexion générale. Vous nous proposez une ouverture de démocratie sanitaire. Les risques de débordements sont le prix de la démocratie. Dans le domaine de l'éducation thérapeutique, il ne s'agit pas d'expliquer au malade comment il doit s'y prendre sous prétexte que le médecin a raison mais de négocier avec lui pour l'amener à prendre la décision qui sera le plus proche possible de celle que le médecin considère comme étant la meilleure. Les dérapages sont le prix d'une liberté dont j'attends une plus grande efficacité.

La démocratie que vous tentez d'introduire permettra aux acteurs d'être plus efficaces dans la mesure où ils se sentiront moins tenus. Cela ne signifie pas pour autant qu'ils feront n'importe quoi. Si des approximations surviennent, un coup de téléphone discret mais impératif saura remettre la situation en ordre. La négociation est nécessaire et représente un progrès.

**Gérard DUBOIS, représentant de la Conférence régionale de santé de Picardie (coll. 4)**

Je tenais simplement à rappeler les responsabilités régaliennes.

**Thierry DAËL, représentant de la conférence régionale de santé de Bretagne (coll. 4),  
Président de la C.D.R.U.**

Quand j'entends Jean-Louis San Marco parler d'éducation thérapeutique, j'ai le sentiment, en tant que malade, que quelqu'un nous comprend enfin.

Vous avez par ailleurs placé tout à l'heure le projet de loi H.P.S.T. dans le prolongement de la loi de 2004, qui est révisable cette année. Sa révision est-elle décalée ?

**Martial METTENDORFF, Direction générale de la Santé**

Le H.C.S.P. prépare actuellement cette révision. Elle devrait permettre de finaliser l'architecture du dispositif de santé, au moins sur les questions de planification, d'action et de programmation. Une proposition devrait intervenir avant la fin de l'année. A cette occasion, la question des objectifs et des cadrans permettant de mesurer l'état de santé de la population devrait se poser dans la mesure où nous nous dirigeons vers un pilotage régi par les résultats plus que par les moyens. Ce travail est en cours.

**Christian SAOUT, Président**

Comment le dispositif des A.R.S. jouera-t-il avec les grands plans nationaux qui sont régulièrement annoncés, par exemple sur l'autisme ? Je suis en sympathie avec le schéma que vous dessinez mais en son sein, ces plans nationaux seront-ils seulement évocatifs ou réellement contraignants ?

**Martial METTENDORFF, Direction générale de la Santé**

Nous avons en effet questionné l'opposabilité des plans nationaux. Je pense qu'il est essentiel de poursuivre les démarches nationales. Par exemple, la politique buccodentaire menée par l'Assurance maladie au niveau national est extrêmement efficace. Nous ne saurions casser ce système au profit de vingt-six initiatives régionales. Nous avons plutôt intérêt à l'insérer dans une approche régionale destinée à déterminer quelles sont les populations qui restent à l'écart et à organiser ainsi une complémentarité avec le système national.

**Christian SAOUT, Président**

Ceci se ferait *via* l'entrée « inégalités », votre second point cardinal.

**Martial METTENDORFF, Direction générale de la Santé**

En effet. Nous n'avons pas tout à réinventer. Certaines évidences incontournables laissent de la place pour une planification nationale.

**Christian SAOUT, Président**

Peut-on considérer les plans nationaux comme des signaux ?

**Martial METTENDORFF, Direction générale de la Santé**

Il ne s'agit pas seulement de signaux. Les dispositifs comme celui du dépistage du cancer du sein sont très structurants, même si des avancées importantes peuvent être menées en régions en termes de complémentarité. Il serait dommageable de créer vingt-six manières d'appréhender de tels sujets.

**Christian SAOUT, Président**

Nous en discuterons. Du côté associatif, nous avons souvent l'impression que les grands plans manquent de crédibilité. Je pense par exemple au plan national Maladies chroniques, dont je ne

comprends pas bien à quoi il sert. C'est la raison pour laquelle j'employais le terme de « signaux », qui n'était pas péjoratif.

**Jany BATAILLE, représentante des malades et usagers du système de santé (coll. 1), Fédération française des groupements de Parkinsoniens**

Le plan national maladies rares était prévu pour 2005-2008. Un second plan est en cours d'élaboration. Ce plan a permis une organisation particulière pour les patients atteints de maladies rares. Des centres de référence ou d'expertise ont notamment été désignés. Ils permettent au malade d'être pris en charge en dehors de leur région. La régionalisation renforcée ira-t-elle à l'encontre de telles possibilités ? Nous craignons que des inégalités ne se fassent à nouveau jour.

**Christian SAOUT, Président**

Dans ce domaine, il y a motif à agir au niveau national.

**Martial METTENDORFF, Direction générale de la Santé**

La solidarité interrégionale est un enjeu important. La question des inégalités dans le domaine de l'offre de soin nécessite un pilotage national. La loi de 2004 donne davantage de valeur à la logique de planification nationale, qui peut être stratégique ou désigner trois grands indicateurs pour suivre l'état de santé de la population. Cette question est politique et parlementaire. La représentation nationale doit décider quelle politique elle entend porter.

**Christian SAOUT, Président**

A force de cultiver des plans nationaux thématiques, on a sacralisé de nombreux domaines de santé. Il convient de ne pas faire preuve de conservatisme.

**Martial METTENDORFF, Direction générale de la santé**

C'est la raison pour laquelle la santé dans les autres politiques est un champ très important. L'un des rôles du Ministre est de porter ses plans dans d'autres champs que celui du soin.

**Alain LOPEZ, Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales, projet agences régionales de santé**

Il ne faut pas avoir peur de donner des responsabilités aux régions. Nous disposons d'une marge importante dans ce domaine. Paradoxalement, cela revient dans le même temps à faire porter davantage de responsabilités sur le niveau national. La politique de santé doit apprendre à ne pas se disperser à tous vents et, pour cela, il faut se donner des priorités et les moyens de suivre leur mise en œuvre en régions.

**Bruno DELAVAL, représentant de la Conférence régionale de santé de Nord-Pas-de-Calais (coll. 4)**

Les secteurs des personnes âgées et handicapées évoluent beaucoup, y compris dans le domaine médico-social. Les établissements doivent se réinterroger face à la politique actuelle de domicile.

L'émergence de l'A.P.A. ou de l'A.P.C.H.<sup>5</sup> a transformé le paysage dans la mesure où la personne bénéficiant d'un droit individuel a la possibilité de « faire son marché ». Les logiques de planification sont télescopées par de tels mécanismes.

L'A.R.S. large disposant de nombreux pouvoirs, elle sera confrontée aux choix individuels des personnes qui pourront choisir la réponse à leur problème en recourant par exemple à des organismes agréés qualité ou en faisant de leur voisin un salarié. Ces éléments n'entrent pas dans les logiques de planification. L'émergence des usagers est de plus en plus importante. Comment intégrer la logique du droit individuel dans un système fondé sur le droit collectif ? Dans le même temps, de nombreuses associations se créent, sur une thématique ou une pathologie particulière. Le paysage que vous proposez est abstrait au regard de la réalité. Je ne suis pas certain que la démocratie règlera tous les dysfonctionnements. Les équipes techniques de l'A.P.A., de l'A.P.C.H. ou de la M.D.P.H. (maisons départementales des personnes handicapées) produisent une autre logique que celle que vous venez de décrire.

### **Martial METTENDORFF, Direction générale de la santé**

La question de savoir si la planification est prioritaire au regard de modalités de régulation économique traverse souvent nos discussions. Je pense qu'il convient de sortir de ce clivage. Je serais pour ma part heureux si les mécanismes de solvabilisation et de régulation étaient plus nombreux, par exemple dans le champ de la prévention. Les modalités de régulation économique et l'émergence d'acteurs permettent de progresser sur de tels sujets. Nous ne devons pas opposer une démarche d'orientation et de structuration devant mener à un progrès collectif comme celle du PRS et les leviers disponibles en termes de régulation. L'émergence d'acteurs forts et solvables changerait la donne. Nous devons encore trouver un mécanisme de solvabilisation durable.

### **Alain LOPEZ, Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales, projet agences régionales de santé**

A l'occasion de notre travail sur le P.R.S. avec le groupe de travail travaillant à la rédaction d'un document méthodologique, nous avons invité des représentants d'entreprises pour nous expliquer comment ils abordent la planification. Je suis convaincu que le Gosplan est une mauvaise méthode. Ils nous ont expliqué que dans un univers mouvant et volatile, se doter d'une stratégie en se préparant à affronter des scénarios est devenu fondamental. Nous sommes dans la même situation dans le domaine de la santé. Nous devons travailler dans ce sens. Il s'agit d'accompagner, voire d'anticiper des évolutions.

### **Gérard DUBOIS, représentant de la Conférence régionale de santé de Picardie (coll. 4)**

La Conférence nationale de santé a fermement rappelé que la santé était une responsabilité régaliennne, ce qui n'empêche pas la démocratisation. L'Etat doit disposer d'une capacité de réaction en cas de nécessité. Concernant les conditions d'évolution du système de santé, différents groupes de travail ont jugé trois points comme étant les plus importants :

- la création du poste de ministre de la santé et de l'assurance maladie. On n'imagine pas un Ministre de l'Agriculture ne gérant pas son propre financement ;

---

<sup>5</sup> A.P.A. : allocation personnalisée d'autonomie – A.P.C.H. :

- la régionalisation, qui est une nécessité. Nous sommes tous d'accord avec cette évolution ;
- la contractualisation, qui n'est pas l'équivalent de la démocratisation. La contractualisation impliquerait une symétrie d'information, qui n'est pas toujours assurée, et de l'engagement de l'Etat, aujourd'hui toujours optionnel. Une asymétrie est maintenue dans la signature avec l'État, qui représente toujours une difficulté, notamment dans les relations avec l'Assurance maladie.

Je constate malgré tout une avancée dans le domaine de la contractualisation. Je dois avouer que j'étais très inquiet concernant les A.R.S. J'avais fait remarquer à la Conférence, de manière un peu caricaturale, que ce n'était pas en fusionnant deux problèmes que l'on aboutissait à une solution. Je voyais mal comment il serait possible de réunir des secteurs aux dents particulièrement acérées comme l'ambulatoire et l'hospitalier. Il me semblait qu'un tel assemblage pouvait se faire au détriment de la prévention. Elle doit bien être en danger puisque l'on parle de la sanctuariser. Je viens d'ailleurs de constater que localement, l'hôpital s'occupe de l'intra-muros sous la pression de la T.2.A. (tarification à l'activité)

Vos exposés d'orientation m'ont aujourd'hui plutôt rassuré sur les trois points que je viens d'évoquer. Des efforts doivent encore être fournis dans le domaine de la symétrie. Dans la loi de santé publique, que je considère pour ma part comme un progrès indéniable, notamment en termes de fixation des objectifs, serait-il envisageable d'inclure en annexe les objectifs exclus à la suite des discussions ? Ce qui est exclu est en effet aussi important que ce qui est adopté. Sur le plan opérationnel, il serait intéressant qu'un tel lien soit créé.

### **Martial METTENDORFF, Direction générale de la Santé**

Un important travail est en cours au H.C.S.P., avec une logique de mesure de la faisabilité de mise en œuvre des indicateurs. Entre le moment où ils ont été choisis et la mise en place de systèmes d'information, plusieurs indicateurs n'ont pas été renseignés. Par ailleurs, nous devons déterminer quels sont les bons cadrans. Leur sens diffère lorsqu'ils sont étudiés seuls ou parmi d'autres.

Le Haut Conseil a pour mission de fixer pour chaque cadran, équivalent à un état de santé, un delta qu'il faudra franchir. Cela ne signifie pas que les cadrans seront moins nombreux dans la loi suivante. Il est préférable de disposer d'un nombre de cadrans suffisant pour pouvoir décrire un état de santé et son progrès. Il ne s'agit pas ici de choix d'objectifs stratégiques. Les cent indicateurs ont pour vocation de suivre l'évolution d'un état de santé. Parmi eux, la moitié seulement est aujourd'hui renseignable.

### **Christian SAOUT, Président**

Vous avez évoqué tout à l'heure le fait que les C.R.O.S. aient réussi à identifier trois grands cadrans de progrès. Nous qui avons défini cent indicateurs, sommes-nous dans la déraison totale ou nos indicateurs sont-ils différents des gros cadrans anglais ?

### **Martial METTENDORFF, Direction générale de la Santé**

Vous avez tout à fait raison. Nos indicateurs n'ont pas valeur d'objectifs d'action.

**Christian SAOUT, Président**

Les objectifs sont plutôt définis dans les plans nationaux stratégiques.

**Martial METTENDORFF, Direction générale de la santé**

Les Anglais, eux, ont sélectionné trois objectifs d'action.

**Alain LOPEZ, Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales, projet agences régionales de santé**

Notre défi revient à définir les intérêts essentiels de la collectivité au niveau national. Cet enjeu n'est pas contradictoire avec l'existence d'un ensemble de sujets issus de la loi de 2004 et permettant de mesurer l'état de santé de la population. Nous devons nous intéresser à ce qui importe le plus à l'échelle de la collectivité nationale. Les inégalités de santé ou la lutte contre les risques épidémiologiques représentent-elles des objectifs majeurs ? En posant le problème de cette manière, on parvient à ne cerner qu'un petit nombre de priorités.

**Christian SAOUT, Président**

Vos quatre points cardinaux pourraient d'ailleurs constituer des objectifs satisfaisants.

**Gérard DUBOIS, représentant de la Conférence régionale de santé de Picardie (coll. 4)**

Je ne suis pas tout à fait d'accord. En 2004, l'I.N.S.E.R.M. a balayé le champ de la santé pour en repérer tous les éléments modifiables, et non les objectifs les plus importants. Il s'agissait, par exemple, de faire baisser de 5 ou 10 % la mortalité due à une cause particulière. La magie du chiffre cent opère, mais cet ensemble ne correspondait pas à une liste des priorités. Du reste, personne ne déterminerait plus de deux ou trois priorités. L'organisation mondiale de la santé et les États-Unis en ont par exemple deux. Les plans correspondent à la décantation des objectifs déterminés. Je continue à penser que les indicateurs n'ayant pas été retenus constituent une information intéressante sur ce qui peut être accompli au niveau régional.

**Martial METTENDORFF, Direction générale de la Santé**

Nous avons mis deux ans à établir la liste des cent indicateurs.

**Christian SAOUT, Président**

Je remercie Alain Lopez et Martial Mettendorff d'être venus à notre rencontre.