



N° 257

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

DOUZIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 10 octobre 2002.

AVIS

PRÉSENTÉ

AU NOM DE LA COMMISSION DES AFFAIRES CULTURELLES, FAMILIALES ET SOCIALES SUR LE PROJET DE
loi de finances pour 2003 (n° 230)

TOME XI

SANTÉ ET PERSONNES HANDICAPÉES

SANTÉ

PAR M. JEAN-LUC PRÉEL,

Député.

Voir le numéro : 256 (annexe n° 38).

Lois de finances

SOMMAIRE

	Pages
INTRODUCTION	5
I.- ANALYSE DES CRÉDITS DEMANDÉS POUR LE BUDGET DE LA SANTÉ EN 2003	7
A. LES GRANDES ÉVOLUTIONS DU BUDGET 2003 DE LA SANTÉ MARQUENT LA PRIORITÉ ACCORDÉE AUX ACTIONS DE PRÉVENTION	7
1. L'agrégat « santé publique et sécurité sanitaire »	7
<i>a) Le financement des agences sanitaires</i>	7
<i>b) Le financement des actions de santé publique</i>	8
2. L'agrégat « offre de soins et accès aux soins »	8
3. L'agrégat « gestion des politiques de santé et de solidarité »	9
B. UN SOUCI DE CLARIFICATION DES RELATIONS ENTRE L'ETAT ET LES RÉGIMES DE L'ASSURANCE MALADIE	9
II.- L'ADMINISTRATION TERRITORIALE DE LA SANTE : VERS LES AGENCES RÉGIONALES DE SANTÉ	10
A. LE BILAN DE CINQ ANNÉES DE FONCTIONNEMENT DES AGENCES REGIONALES DE L'HOSPITALISATION EST GLOBALEMENT POSITIF	10
1. L'ARH, institution originale, constitue une forme de modernisation administrative réussie	11
<i>a) La modernisation administrative</i>	11
<i>b) Les ARH ont mieux réussi dans la gestion administrative et budgétaire que dans la restructuration du tissu hospitalier</i>	12
2. Il faut aller plus loin afin que les ARH puissent enfin procéder aux restructurations hospitalières indispensables	13
<i>a) Aboutir à une réelle coordination entre la santé et le secteur médico-social ainsi qu'entre la santé et la prise en charge des personnes handicapées</i>	13
<i>b) Accroître la visibilité et les moyens de l'institution afin de procéder à la nécessaire résorption des inégalités régionales</i>	14
<i>c) A quand un système d'information fiable et partagé, outil de la recomposition du tissu hospitalier français ?</i>	15
B.- LE RÔLE DES PREFETS, DES DDASS ET DES DRASS : L'ENCHEVÊTREMENT DES COMPÉTENCES CONDUIT À LA CONFUSION ..	15
1. L'institution préfectorale a gardé certaines compétences sanitaires	15
<i>a) Les compétences « classiques » du préfet</i>	16
<i>b) Les compétences sanitaires résiduelles</i>	16

<i>c) Le contrôle de la sécurité sanitaire et de la santé environnementale.....</i>	17
2. Les personnels des DDASS et les DRASS : le risque de la démobilisation ?	18
<i>a) Des sollicitations croissantes mais des moyens stables</i>	18
<i>b) La crise d'identité.....</i>	19
<i>c) La gestion des rapports avec l'ARH est parfois difficile</i>	19
C. LA RÉGIONALISATION PERMETTRA DE RENDRE RESPONSABLES LES ACTEURS DU SYSTÈME DE SANTÉ	20
1. Une agence régionale de santé responsable devant un conseil régional de santé.....	20
2. Le périmètre de compétence des agences régionales de santé comprendrait l'hôpital, le secteur ambulatoire et la prévention.....	21
<i>a) La création des ARS permettrait d'associer l'ambulatoire et l'hospitalier</i>	21
<i>b) Les ARS seraient compétentes en matière de prévention</i>	22
3. L'Etat garderait des prérogatives centrales : l'évaluation, l'inspection, la sécurité et la gestion des crises sanitaires	22
<i>a) La clarification des missions</i>	23
<i>b) La réallocation des moyens</i>	23
TRAVAUX DE LA COMMISSION.....	25
LISTE DES PERSONNALITÉS ENTENDUES	27

INTRODUCTION

L'année 2002 a vu la création d'un ministère de la santé de plein exercice, ce dont se félicite le rapporteur.

Au sein du budget du ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées, les crédits de la santé se répartissent en trois agrégats : l'agrégat « santé publique et sécurité sanitaire », d'un montant de 284 millions d'euros, l'agrégat « offre de soins et accès aux soins », auquel seront affectés 1 184 millions d'euros et une partie de l'agrégat « gestion des politiques de santé et de solidarité », d'un montant global de près de 1 009 millions d'euros.

Lors de la déclaration de politique générale du gouvernement le mercredi 3 juillet 2002, le Premier ministre a annoncé une « *nouvelle gouvernance* » du système de santé et de l'assurance-maladie, accompagnée d'une « *régionalisation accrue* ». La nécessité de la régionalisation avait déjà été évoquée sous la 11^{ème} législature, notamment dans les travaux d'un groupe de travail *ad hoc* au sein de la commission, travaux auxquels le rapporteur avait activement participé.

La réforme affectera profondément l'administration territoriale d'Etat compétente dans le domaine de la santé, dont l'organisation avait été profondément remaniée lors de la création des agences régionales de l'hospitalisation.

Dans l'attente de cette réforme, le rapporteur a estimé indispensable de faire un bilan de l'existant : comment s'organise, aujourd'hui, l'administration territoriale de la santé relevant de l'Etat ? Son fonctionnement est-il satisfaisant ? Comment améliorer son efficacité ? Les réponses à ces questions se trouvent notamment dans la création d'Agences régionales de la santé, dont le présent rapport dresse les contours.

I.- ANALYSE DES CRÉDITS DEMANDÉS POUR LE BUDGET DE LA SANTÉ EN 2003

Le budget *Santé, famille, personnes handicapées et solidarité*, soit 15,5 milliards d'euros au total, peut être décomposé en trois parties : les crédits relatifs à la solidarité, les crédits relevant exclusivement de M. Jean-François Mattei (relatifs à la santé, la famille et les personnes handicapées) et les crédits relatifs à la gestion des politiques, qui dépendent des deux ministres. A titre de comparaison, l'article 32 du projet de loi de financement de sécurité sociale pour 2003 fixe l'objectif national d'assurance maladie à 123,5 milliards d'euros.

S'agissant des seuls crédits de la responsabilité du ministère de la santé, le montant des crédits demandés atteint 8,405 milliards d'euros. En intégrant les crédits de gestion des politiques de santé et de solidarité, le budget du ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées progresse de 4,4 %. A périmètre constant, cette progression est de plus de 5 %.

Cette année, le budget de la santé s'inscrit dans une perspective de clarification des relations entre l'Etat et les régimes d'assurance maladie de la sécurité sociale, perspective que le rapporteur a longtemps appelée de ses vœux.

La structure de la section *Santé, famille, personnes handicapées et solidarité* a été recomposée pour tenir compte de la structure du gouvernement. Elle se compose notamment de trois agrégats relevant du ministère de la santé, des personnes handicapées et de la famille : « santé publique et sécurité sanitaire », « offre de soins et accès aux soins » et « famille et personnes handicapées ». Un agrégat « gestion des politiques », dit « agrégat support », est commun avec le ministère des affaires sociales, du travail et de la solidarité.

Le présent avis concerne les deux agrégats « santé publique et sécurité sanitaire » et « offre de soins et accès aux soins », ainsi que la partie de l'agrégat « gestion des politiques » consacrée à la gestion des politiques de santé.

A. LES GRANDES ÉVOLUTIONS DU BUDGET 2003 DE LA SANTÉ MARQUENT LA PRIORITÉ ACCORDÉE AUX ACTIONS DE PRÉVENTION

1. L'agrégat « santé publique et sécurité sanitaire »

Cet agrégat se monte à 284 millions d'euros, contre 371 millions d'euros en loi de finances initiales pour 2002. Cependant, à structures constantes, les demandes de crédits s'élèvent à 392 millions d'euros.

a) Le financement des agences sanitaires

L'agrégat regroupe exclusivement des dépenses ordinaires et notamment les dotations demandées pour les établissements nationaux à caractère sanitaire et social comme l'Agence française de sécurité sanitaire des aliments (4,28 millions d'euros).

Certaines de ces agences disposent également de ressources propres. C'est le cas de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé dont la dotation prévue pour 2003 diminue fortement (4,67 millions d'euros contre 25,2 millions d'euros pour 2002). L'importance de son fonds de roulement justifierait cette diminution. Le rapporteur souhaite néanmoins que cette baisse n'handicape pas de manière excessive l'action de l'AFSSAPS.

La loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé a transformé le Comité français d'éducation à la santé en un établissement public administratif, l'Institut national de prévention et d'éducation à la santé. Le montant de sa dotation s'élève à 14,426 millions d'euros. L'Institut reçoit également des dotations en provenance de régimes d'assurance maladie.

Le rapporteur souhaite relayer les observations du rapport de la Cour des comptes sur la gestion de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES). La Cour pointe de nombreux dysfonctionnements auxquels l'Agence doit rapidement remédier. A titre d'exemple, on peut remarquer que l'ANAES n'a consommé en 2000 que 60,7 % de ses crédits de fonctionnement, lacune certes imputable à l'action de la tutelle mais aussi à une trop lente montée en charge de la structure. Le projet de loi de finances prévoit un accroissement des moyens de l'ANAES de 5,8 millions d'euros à 8,749 millions d'euros.

b) Le financement des actions de santé publique

L'agrégat regroupe également les demandes de crédits destinés aux programmes et aux dispositifs de santé publique ainsi qu'à l'action interministérielle de lutte contre la toxicomanie.

Les crédits demandés pour financer les programmes de prévention augmentent de 30 % et atteignent 173 millions d'euros. En matière de lutte contre le cancer, les crédits augmentent de 35 millions d'euros (de 14 millions d'euros en loi de finances initiale pour 2002 à 48,7 millions d'euros) ; ils sont notamment destinés à généraliser le dépistage du cancer du sein et du cancer colo-rectal.

Le rapporteur salue la volonté affichée du gouvernement de faire de la santé publique un des objectifs prioritaires de l'action publique : notre système doit en effet mieux assumer l'aspect préventif, longtemps délaissé au profit du curatif. L'éducation à la santé, la prévention et le dépistage doivent être privilégiés. Le dépôt d'une loi de programmation pluriannuelle de santé publique au premier semestre 2003, qui devrait comprendre des indicateurs détaillés, a été annoncé. A noter que le projet de loi de finances prévoit déjà une dotation de crédits d'environ 5 millions d'euros pour la « *loi quinquennale en santé publique* ».

2. L'agrégat « offre de soins et accès aux soins »

La politique en matière d'offre de soins est très largement financée par l'agrégat « établissements de soins » de l'ONDAM. L'agrégat « offre de soins » du projet de loi de finances se monte à 1 184,83 millions d'euros en crédits de paiement, dont 970 millions d'euros pour financer la contribution de l'Etat au financement de la protection complémentaire de la couverture maladie universelle.

Le rapport 2002 de la Cour des comptes sur l'exécution des lois de financement de sécurité sociale pointe également la lenteur de la montée en charge du Fonds d'investissement pour la modernisation des hôpitaux (FIMHO), dont les dépenses sont imputées au chapitre 66-12, relevant un faible taux de consommation des crédits et un « *soupoudrage* ». Ces critiques sur la sous-consommation des crédits ont d'ailleurs un caractère chronique.

L'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) se voit dotée d'un budget de 1,45 millions d'euros. A noter que les régimes de l'assurance maladie financent l'ATIH à hauteur de deux fois la dotation versée par l'Etat.

3. L'agrégat « gestion des politiques de santé et de solidarité »

Compte tenu de la structure des administrations centrales et de l'organisation des services déconcentrés, il est difficile de départager ce qui, au sein de cet agrégat, ressort aux crédits du ministère de la santé (incluant famille, handicap et personnes âgées) et ceux correspondant aux crédits destinés aux moyens du ministère des affaires sociales, du travail et de la solidarité.

Les crédits inscrits au projet de loi de finances atteignent 1 009 millions d'euros, en hausse de 2,7 % par rapport à 2002. Le nombre de postes budgétaires reste globalement stable compte tenu des créations d'emplois dans les agences sanitaires. La structure globale des emplois évolue progressivement vers une augmentation des postes de cadre A.

Compte tenu d'une activité soutenue, le montant de la dotation de l'Ecole nationale de la santé publique progresse de 50,9 % et atteint 15,41 millions d'euros. La progression des crédits d'équipement (+ 8,4 %) permettra la poursuite des opérations de regroupement physique des DRASS et des DDASS dans les chefs-lieux de région.

Les moyens des agences régionales de l'hospitalisation sont augmentés d'environ deux millions d'euros.

B. UN SOUCI DE CLARIFICATION DES RELATIONS ENTRE L'ETAT ET LES RÉGIMES DE L'ASSURANCE MALADIE

Le rapporteur appelle de ses vœux une clarification plus nette des différentes compétences et donc des financements correspondants, particulièrement en ce qui concerne l'Etat et les régimes d'assurance maladie.

Dans le domaine de la santé, l'Etat doit être responsable de la définition de la politique de santé publique et de sa mise en œuvre. Il doit pour cela disposer de moyens de financement adéquats. En revanche, les régimes de sécurité sociale sont responsables de la gestion du système d'assurance maladie et des soins individuels.

Trois modifications de périmètre interviennent dans le projet de loi de finances pour 2003. D'abord, le coût des stages de résidanat chez les médecins généralistes agréés (40 millions d'euros) est transféré vers le budget de l'Etat.

Ensuite, la prise en charge des dépenses afférentes à l'interruption volontaire de grossesse (24,7 millions d'euros) et aux centres de soins spécialisés pour les toxicomanes (107,5 millions d'euros) est transférée aux régimes d'assurance maladie, ce qui est légitime.

II.- L'ADMINISTRATION TERRITORIALE DE LA SANTÉ : VERS LES AGENCES RÉGIONALES DE SANTÉ

Les lois de décentralisation du 2 mars 1982 et du 22 juillet 1983 ont abouti à la première partition des services déconcentrés entre les directions départementales des affaires sanitaires et sociales (DDASS) et les conseils généraux. Par la suite, la réforme engagée par l'ordonnance n° 96-344 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée, conduisant à la création des agences régionales de l'hospitalisation (ARH), a donné lieu à une profonde réorganisation de l'administration territoriale d'Etat compétente dans le champ de la santé. En 1998, les agences sanitaires sont apparues, considérées par les uns comme la poursuite de la modernisation et par les autres comme le parachèvement du démembrement de l'administration.

Quatre ans plus tard, et avant que ne s'engage un débat sur les avantages de la régionalisation du système de santé, il apparaît indispensable d'établir le bilan des changements opérés. A cette fin, le rapporteur a entendu à l'Assemblée nationale des personnalités concernées à titres divers et a effectué un déplacement à Nantes. Une annexe au présent rapport recense les personnes entendues.

Les services locaux de l'Etat sont composés de différents services et institutions. Les directions départementales des affaires sanitaires et sociales constituent, avec les préfets, le relais départemental de l'administration de la santé. Au niveau régional coexistent la préfecture de région, la direction régionale des affaires sanitaires et sociales (DRASS) et l'ARH. En outre, des agences sanitaires nationales comme l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS) ou l'Institut de veille sanitaire (IVS) constituent un réseau de correspondants à l'échelon local.

Le bilan satisfaisant de la création des ARH exige néanmoins d'aller plus loin. Les DDASS et les DRASS, malgré la valeur et l'engagement de leurs personnels, rencontrent des difficultés croissantes dans l'exercice de leurs missions sanitaires. Dans ce contexte, la régionalisation du système de santé passerait par la création d'agences régionales de la santé (ARS), gage d'une coordination accrue et d'une répartition des compétences plus lisible.

A. LE BILAN DE CINQ ANNEES DE FONCTIONNEMENT DES AGENCES RÉGIONALES DE L'HOSPITALISATION EST GLOBALEMENT POSITIF

La nouvelle institution a été créée pour renforcer l'expertise médicale étatique. Elle était supposée rendre la décision hospitalière plus autonome d'un pouvoir politique perçu comme trop lié à des intérêts particuliers et parfois contradictoires avec la promotion de l'intérêt général. Elle s'est heurtée à ses débuts au scepticisme des acteurs existants, notamment des préfets et directeurs départementaux ou régionaux des affaires sanitaires et sociales. Par la suite, les ARH ont su gagner leur place dans le paysage sanitaire français. Aujourd'hui, il devient nécessaire de faire évoluer leur structure et leurs missions.

1. L'ARH, institution originale, constitue une forme de modernisation administrative réussie

Conformément à l'article L. 6115-1 du code de la santé publique, les ARH sont chargées « *de définir et de mettre en œuvre la politique régionale d'offre de soins hospitaliers, d'analyser et de coordonner l'activité des établissements de santé publics et privés et de déterminer leurs ressources* », missions précédemment assurées par le préfet et l'assurance-maladie.

Le bilan de la création des ARH est doublement positif. D'abord, les agences portent une certaine forme de modernisation administrative, améliorant la coopération entre les services de l'Etat et ceux de l'assurance-maladie. Ensuite, les ARH ont posé les jalons d'une authentique planification hospitalière.

a) La modernisation administrative

- Un groupement d'intérêt public

Les ARH, personnes morales de droit public, sont constituées sous la forme juridique d'un groupement d'intérêt public (GIP) entre l'Etat et l'assurance-maladie. Une convention constitutive précise la participation respective des services de l'Etat (DDASS et DRASS) et ceux de l'assurance-maladie. Suivant leur nature, les décisions sont prises soit par le directeur de l'ARH au nom de l'Etat, soit par la commission exécutive (COMEX), qui associe de manière paritaire l'Etat et l'assurance-maladie. La COMEX est présidée par le directeur de l'ARH qui dispose d'une voix prépondérante.

Cette structure originale, gage d'un profond décloisonnement et d'une grande souplesse de fonctionnement, a permis d'accroître la coopération entre les services de l'Etat et ceux de l'assurance-maladie. Les services dits « gestionnaires » (Etat) et les services dits « payeurs » (assurance-maladie) ont dû ainsi s'engager dans un dialogue plus ou moins formalisé mais aboutissant à des décisions négociées et assumées. La coopération entre les médecins-conseils des caisses et les médecins inspecteurs de santé publique est devenue plus étroite.

- Des moyens propres réduits, une grande souplesse de fonctionnement

Cette administration de mission, disposant de structures légères, a su mener à bien une logique de projets. L'article L. 6115-7 du code de la santé publique précise que le personnel de l'ARH comprend des fonctionnaires régis par les statuts généraux des fonctions publiques, des agents mis à disposition et, à titre exceptionnel, des contractuels ; les modalités d'organisation en matière de personnel sont donc larges.

Les crédits propres de fonctionnement des ARH en 2001 se sont montés à 22 millions d'euros, financés à 80 % par l'Etat et 20 % par l'assurance-maladie. Les ARH emploient directement 260 agents et font appel à 1 030 équivalents temps plein (ETP) en provenance de l'Etat et 1 080 ETP issus de des services de l'assurance-maladie.

- Des méthodes de travail ad hoc, où la tutelle cherche encore son rôle

Les méthodes de travail des ARH sont marquées par leur origine : elles combinent une structure décisionnelle aux moyens réduits, associant les services de

l'Etat et les services de l'assurance-maladie. La rédaction des dispositions législatives est plutôt floue : « Elle [l'ARH] est administrée par une commission exécutive et dirigée par un directeur ». L'organisation du travail diffère d'une ARH à l'autre, les personnalités et les origines professionnelles respectives des directeurs d'ARH, des DRASS et des préfets jouant un rôle non négligeable. Généralement, les équipes étatiques se spécialisent dans les fonctions de respect des réglementations sanitaires, les personnels de l'assurance-maladie dans l'évaluation du fonctionnement médical. Les « équipes rapprochées » du directeur de l'ARH, qui comptent entre dix et quinze personnes, s'organisent généralement sur une base thématique ou géographique. La taille et la configuration géographique de la région considérée ont également des incidences sur le mode d'organisation retenu.

Les ARH, dont les directeurs sont nommés par décret en conseil des ministres, sont autonomes par rapport à la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) et par rapport à la Direction générale de la santé (DGS) du ministère. Il n'y a pas eu de tutelle quotidienne. A titre d'exemple, la Cour des comptes souligne dans son rapport annuel sur la sécurité sociale que la DHOS ignore le coût global de fonctionnement des ARH. La situation des directeurs d'ARH est ambiguë : censés être indépendants, ils sont pourtant révocables. En outre, la DHOS attribue aux nouveaux directeurs une lettre de mission.

L'administration centrale tend de plus en plus à exercer sa tutelle sur les ARH via la procédure des « crédits fléchés », diminuant leur marge de manœuvre. Cette tendance est peu conforme aux objectifs de la réforme de la DHOS réalisée par le décret du 21 juillet 2000, dont le but était de la transformer en direction à caractère stratégique en lui enlevant des tâches de gestion. Elle est de plus inefficace, la DHOS n'ayant guère de retour quant à l'utilisation des crédits.

Il faut déconcentrer davantage les procédures de gestion. Le développement des outils informatisés de recueil des informations sur la politique budgétaire des agences (outil GEODE) devrait aller dans ce sens. L'avis du rapporteur est que la DHOS doit procéder à des évaluations du travail des ARH en mutualisant les bonnes pratiques, sans vouloir s'immiscer constamment dans les décisions de l'ARH.

b) Les ARH ont mieux réussi dans la gestion administrative et budgétaire que dans la restructuration du tissu hospitalier

- La planification hospitalière : l'ARH définit la carte sanitaire et élabore les schémas régionaux d'organisation des soins

L'ARH a permis l'exercice de la tutelle sur l'ensemble des établissements publics et privés par une autorité unique, ce qui représente une avancée importante dans la gestion de l'offre globale (équipements et lits).

Les schémas régionaux d'organisation des soins (SROS) sont arrêtés par le directeur de l'ARH après l'avis de la COMEX. Les ARH ont permis l'élaboration de SROS pertinents. Les SROS dits de « deuxième génération », construits dans une concertation plus large que les SROS dits de « première génération », sont devenus des documents de référence, non seulement pour les professionnels de la santé (médecine hospitalière et ambulatoire), mais aussi pour les élus et les associations de patients.

- Le contrôle de gestion budgétaire et le contrôle administratif des établissements publics

La COMEX est compétente pour les orientations relatives à l'allocation des ressources aux établissements de santé publics et privés. L'ARH conclut des contrats d'objectifs et de moyens avec les établissements et approuve le projet d'établissement, lorsque l'établissement en est doté, ce qui n'est malheureusement pas encore toujours le cas. Elle contrôle les délibérations du conseil d'administration et le budget, ce qui demande des personnels de plus en plus qualifiés. Selon les décisions prises, l'établissement doit transmettre les décisions à l'ARH ou bien les faire approuver par la COMEX.

Le directeur de l'ARH peut saisir la chambre régionale des comptes ou déférer des décisions devant le tribunal administratif.

Deux difficultés importantes apparaissent. Les conseils d'administration des établissements ne sont pas assez indépendants et ne sont pas maîtres des paramètres du budget ; en outre, les dotations budgétaires correspondent trop au financement des structures et pas de l'activité.

Les personnes entendues par le rapporteur ont relevé que les préfets de région étaient restés présidents des conseils d'administration des centres anticancéreux régionaux, ce qui les place d'une certaine manière sous la tutelle des directeurs des agences régionales d'hospitalisation, situation pour le moins étrange.

2. Il faut aller plus loin afin que les ARH puissent enfin procéder aux restructurations hospitalières indispensables

Comme l'indique une note fournie au rapporteur par la coordination des directeurs d'ARH, il semble difficile de laisser les ARH « *au milieu du gué* ». Cette création originale a eu des effets incontestables mais reste fragile. L'élaboration d'un système d'informations fiable est la condition *sine qua non* de la promotion de l'action des agences.

a) Aboutir à une réelle coordination entre la santé et le secteur médico-social ainsi qu'entre la santé et la prise en charge des personnes handicapées

L'absence de fongibilité entre les diverses enveloppes sanitaires au sein de l'ONDAM provoque une division artificielle entre l'hôpital, la médecine ambulatoire, le secteur médico-social ou la prise en charge des personnes handicapées, conduisant à des discussions sur les responsabilités des acteurs et à des transferts de charge plus ou moins opaques. Ce dysfonctionnement du pilotage global du système a un impact sur les ARH. En particulier, il les empêche d'avoir une action de coordination sur des « sujets-frontières » comme l'hospitalisation à domicile ou l'organisation des urgences. En outre, alors que certains établissements gèrent des maisons de retraite, une action trop centrée sur l'hospitalier risque d'aboutir à une impasse.

L'autre impasse à éviter est de négliger l'organisation de la prévention, considérée dans son sens large. L'ARH peut-elle rester en dehors de la définition des stratégies régionales de prévention ?

b) Accroître la visibilité et les moyens de l'institution afin de procéder à la nécessaire résorption des inégalités régionales

- Le statut à revoir

Le GIP est-il encore une structure adaptée ? Ses deux avantages étaient d'une part une rapidité de mise en place marquée par l'absence de préoccupations d'ordre statutaire ou institutionnel, et d'autre part la coopération entre les services de l'Etat et ceux de l'assurance-maladie. Après cinq ans de fonctionnement, il faut s'interroger sur l'opportunité de changer de forme juridique ; le statut d'établissement public serait sans doute plus adapté. L'ARH pourrait dans ce cadre disposer de personnels propres, et surtout plus qualifiés, aptes à développer et utiliser les outils informatiques complexes, et diversifier son recrutement (personnels paramédicaux, cadres administratifs...).

- Accroître les compétences

Il serait rationnel d'augmenter les compétences des ARH en matière de gestion des carrières des praticiens hospitaliers, des professeurs des universités – praticiens hospitaliers et des directeurs d'hôpitaux. En effet, la gestion des carrières des praticiens hospitaliers et des directeurs d'hôpitaux est actuellement assurée par les services du ministère chargé de la santé (DHOS) au détriment de la réalisation d'actions plus stratégiques ou de prospective : la seule gestion des praticiens hospitaliers représenterait 8 000 décisions individuelles par an.

- Deux évolutions supplémentaires pourraient renforcer les ARH

D'abord, il serait opportun de mieux lier les procédures d'accréditation - conduites par l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) - aux techniques de planification hospitalière et donc de renforcer le caractère opératoire et coercitif des compétences attribuées au ARH (fermeture de services par exemple). Aujourd'hui, certaines ARH, destinataires des rapports d'accréditation conformément à l'article R. 710-6-6 du code de la santé publique, utilisent les résultats dans leurs processus de décisions, d'autres non. Il conviendrait de formaliser la procédure, sauf à transformer la démarche d'accréditation en simple « assurance qualité ».

Ensuite, il serait opportun de réfléchir à la justification du statut dérogatoire de certains établissements et structures. A titre d'illustration, la Cour des comptes note dans son rapport annuel que le statut dérogatoire de l'Assistance publique – Hôpitaux de Paris (AP-HP) et de l'hôpital pénitentiaire de Fresnes « constitue un handicap pour l'action de l'ARH d'Ile de France ». Selon la Cour, les administrations centrales consacraient des moyens insuffisants à la tutelle de l'AP-HP, qui ne relève pas de la compétence de l'ARH Ile-de-France.

- L'objectif : résorber les inégalités régionales

La promotion de l'institution pourrait corriger plus rapidement des déséquilibres régionaux persistants en équipement et en fonctionnement. Les ARH ont peu utilisé les moyens coercitifs mis à leur disposition par le code de la santé publique

pour procéder à des restructurations d'ampleur. La Cour des comptes souligne ainsi la lenteur de la restructuration de l'hospitalisation publique en Ile de France.

Au plan national, le rapport annuel relève un excédent global de près de 29 000 lits hospitaliers, déplore l'absence d'évaluation des actions de recomposition de l'offre hospitalière menées depuis 1997 et préconise la réforme du fonctionnement des fonds hospitaliers, devenus des moyens de « *compléments de donation* », contrariant les efforts de redéploiement budgétaire conduits par les ARH.

c) A quand un système d'information fiable et partagé, outil de la recomposition du tissu hospitalier français ?

Comme le soulignent presque unanimement les acteurs et les observateurs du système de santé français, l'appréciation portée sur les ARH et leurs perspectives d'avenir ne peut s'affranchir d'une réflexion sur la nécessité d'une meilleure connaissance des coûts de l'hospitalisation, particulièrement dans les établissements publics de santé, et sur l'urgence à mettre en place la réforme de la tarification. Il faut développer la comptabilité analytique dans les établissements de soins et utiliser les données issues du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) comme un outil d'allocation des ressources internes. Tant que ces conditions ne sont pas remplies, l'ARH ou l'institution qui lui succédera ne pourra effectuer un pilotage fin et qualitatif du système hospitalier. Chaque établissement de santé doit élaborer un système d'information fiable ; l'Etat doit les accompagner en procédant enfin à la réforme de la tarification des établissements publics de santé.

Ce constat est développé dans le rapport annuel de la Cour des comptes, qui souligne le retard pris par le système d'information des ARH appelé « PAHRTAGE » et financé par l'Etat et l'assurance maladie. Ce système correspond à la mise en place de vingt six « *sites régionaux Internet/Extranet reposant sur une arborescence commune et accessible à différents profils d'utilisateurs à partir d'un portail national* ». Le rapporteur préconise d'accélérer le programme PAHRTAGE, afin que chaque ARH développe sa capacité à procéder à une expertise des coûts des établissements de soins, au besoin en recrutant des ingénieurs ou en faisant appel à des sociétés privées expertes.

B.- LE RÔLE DES PREFETS, DES DDASS ET DES DRASS : L'ENCHEVÊTREMENT DES COMPETENCES CONDUIT À LA CONFUSION

Les directions départementales des affaires sanitaires et sociales (DDASS) et les directions régionales des affaires sanitaires et sociales (DRASS) assurent, sous l'autorité des préfets de région et de département, la mise en œuvre dans un cadre territorial des politiques nationales dans les domaines sanitaires et sociaux. La création des ARH a conduit à une redéfinition des compétences de chacune des institutions.

1. L'institution préfectorale a gardé certaines compétences sanitaires

Le préfet conserve des compétences sanitaires qu'il exerce, conformément à son statut, dans un cadre interministériel. Il a en outre autorité sur tous les services déconcentrés de l'Etat actifs dans le champ de la santé.

a) Les compétences « classiques » du préfet

Le préfet a une autorité hiérarchique sur la DDASS et la DRASS, qui exercent leurs attributions sanitaires (décrites plus loin) sous son autorité.

En outre, malgré la création des ARH, chaque préfet est contraint à suivre les problèmes hospitaliers de sa circonscription administrative, notamment parce que les manifestations s'organisent généralement devant les grilles de la préfecture et qu'une crise sanitaire aboutit inmanquablement sur son bureau.

Le préfet de région est un acteur essentiel dans le processus de négociation des contrats de plan Etat – région, qui comprennent souvent des volets sanitaires.

Le contrôle de légalité est une des compétences régaliennes centrales confiées aux préfets. Conformément à l'article L. 6115-5 du code de la santé publique, les délibérations de la COMEX mentionnées à l'article L. 6115-4 ne sont exécutoires qu'après réception par le préfet de région. Celui-ci peut déférer les décisions qu'il estime illégales devant le juge administratif. La DDASS, sous l'autorité du préfet, assure le contrôle de légalité des marchés publics conclus par les établissements.

b) Les compétences sanitaires résiduelles

- Gestion des carrières de certains personnels des établissements publics de santé

Une partie de la gestion des carrières des personnels médicaux (hormis les professeurs des universités - praticiens hospitaliers qui relèvent du ministère chargé de la santé et du ministère chargé de l'enseignement supérieur) et pharmaceutiques relève de la compétence du préfet, notamment en ce qui concerne le recrutement et les nominations. Cependant, la DHOS est également active dans ce domaine et le directeur de l'ARH conseille les établissements en matière de gestion de ressources humaines.

La Cour des comptes relève que « *S'agissant de la nomination des praticiens hospitaliers, elle relève de la DHOS pour les praticiens à temps plein et du préfet de région pour les praticiens à temps partiel* ». Singulière répartition...

A titre d'exemple, un praticien reconnu par le comité médical atteint de tuberculose, de maladie mentale, d'affection cancéreuse, de poliomyélite ou de déficit immunitaire grave et acquis et empêché d'exercer ses fonctions est de droit mis en congé de longue durée par décision du préfet du département.

Le préfet continue à noter les directeurs d'établissements hospitaliers. En effet, compte tenu du fait que les directeurs d'hôpitaux contractualisent avec les ARH, il serait incohérent que les directeurs d'ARH notassent leurs partenaires contractuels.

La loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades prévoit que le préfet peut faire appel, en cas d'infirmité ou d'état pathologique, des décisions des conseils régionaux de l'ordre en matière d'inscription au tableau et de suspension temporaire du droit d'exercer.

- Organisation de la permanence des soins

La définition des besoins sanitaire dans un département relève de la responsabilité de l'Etat à travers le comité départemental de l'aide médicale urgente (CODAMU), que préside le préfet, également membre du comité des transports sanitaires. Le conseil départemental de l'Ordre définit, avec l'accord du préfet, les secteurs de permanences des soins, conformément au protocole du 1^{er} mars 2002 conclu entre l'Etat, l'assurance-maladie et le conseil de l'ordre. Le préfet a une prérogative importante : en cas de grève des gardes, il est habilité à réquisitionner les médecins.

- Élaboration des politiques de santé

Le préfet de région, sous l'autorité duquel travaille la DRASS, joue un rôle central dans le fonctionnement des conférences régionales de santé. Le préfet définit et fait appliquer les programmes régionaux de santé et les programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins. La loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé prévoit que le préfet de région assiste sans voix délibérative aux travaux du conseil régional de santé.

c) Le contrôle de la sécurité sanitaire et de la santé environnementale

- Sécurité sanitaire

En ce qui concerne la sécurité sanitaire des établissements, la répartition des compétences entre l'ARH et le bloc services déconcentrés-préfets est insatisfaisante. Le préfet est responsable de l'élaboration et de la réalisation du programme de contrôle des établissements. Cependant, en cas de problème, c'est le directeur de l'ARH qui en tire les conséquences, soit en termes de moyens à attribuer, soit en suspendant ou arrêtant l'activité, voire l'établissement. Cette répartition de compétences apparaît obscure aux établissements de soins.

En outre, l'élaboration du programme de contrôle est complexe. Il doit être conforme aux priorités fixées par l'administration centrale et par les agences sanitaires nationales. Il fait partie du programme régional d'inspection et de contrôle arrêté par le préfet après avis du comité technique régional et interdépartemental, de la COMEX de l'ARH et de la conférence administrative régionale, qui est présidée par le préfet. Conformément aux textes (circulaire DH/DAGP du 18 décembre 1997), il doit être cohérent avec le plan régional de contrôle des établissements arrêté par l'ARH.

Les inspections sont réalisées par les personnels des DDASS et DRASS : médecins et pharmaciens inspecteurs de santé publique, ingénieurs du génie sanitaire et ingénieurs d'études sanitaires, inspecteurs des affaires sanitaires et sociales et techniciens sanitaires.

- Santé environnementale et gestion des risques

Le préfet, en sa qualité de représentant des ministres, coordonne les actions menées dans le domaine de la prévention des risques et de la sécurité environnementale, où interviennent de très nombreux acteurs. Ainsi, il s'appuie sur la DRASS pour coordonner les travaux des observatoires régionaux de la santé, sur les cellules interrégionales d'épidémiologie et sur les directions régionales de l'industrie de la recherche et de l'environnement (DRIRE). Il assure la coordination entre la DDASS et

les directions départementales de la concurrence et de la répression des fraudes (DDCRF). Son rôle est aussi central lorsque les services déconcentrés responsables de la surveillance de la qualité de l'alimentation ou des eaux.

2. Les personnels des DDASS et les DRASS : le risque de la démobilisation ?

Les cent deux DDASS et les vingt deux DRASS sont les services déconcentrés de l'Etat (placés sous l'autorité du préfet) qui assurent la définition, la gestion et l'animation des politiques sociale et sanitaire au niveau départemental et régional. L'exercice commun des compétences « sociales » et « sanitaires » est l'une des richesses de ces structures. En ce qui concerne les missions d'ordre sanitaire, elles exercent leurs missions soit pour le compte du préfet ou du ministère chargé de la santé, soit pour le compte de l'ARH.

Les compétences des DDASS et des DRASS ont été fixées par le décret n° 94-1046 du 6 décembre 1994 et précisées par la circulaire DAGPB n° 97/53 du 27 janvier 1997 relative aux missions des directions régionales et des directions départementales des affaires sanitaires et sociales.

Les DRASS, créées en 1972, assument essentiellement des missions techniques et le secrétariat de la conférence régionale de la santé : établissement de statistiques, suivi du PMSI, gestion de l'enveloppe des ressources et organisation de la mise à disposition d'agents à l'ARH. Elles sont utilisées par l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS) comme relais locaux grâce aux inspections régionales de la pharmacie.

Si l'évolution des dernières années a tendu à conforter le rôle des DRASS, elle n'a pas conduit à l'institution d'une hiérarchie des DRASS sur les DDASS. La coordination des services départementaux et régionaux est assurée au sein du comité technique régional et interdépartemental (CTRI). Organe collégial d'impulsion, d'animation et de concertation, le CTRI, dont le secrétaire général est le directeur de la DRASS, propose et arbitre toutes les mesures de planification, de programmation et de répartition des ressources.

a) Des sollicitations croissantes mais des moyens stables

Les personnels des DDASS et DRASS doivent remplir des missions très diverses ; ces structures sont soumises à de multiples « commandes » en provenance de leur hiérarchie et des ministères de tutelle, mais aussi d'organes extérieurs, principalement les ARH et les agences sanitaires. Compte tenu de la composition actuelle du gouvernement, les DDASS et DRASS sont susceptibles de recevoir des commandes de huit ministères ou secrétariats d'Etat différents.

Si des services départementaux et régionaux peuvent être mis à disposition de l'ARH, conformément à l'article L. 6115-8 du code de la santé publique, le directeur de l'ARH est supposé adresser « *directement aux chefs de service les instructions nécessaires à l'exécution des tâches qu'il confie auxdits services* ». Dans les faits, le directeur de l'ARH fait directement appel aux personnels concernés.

En raison de moyens insuffisants, les personnels des DDASS et DRASS ont quelque peine à satisfaire aux multiples « commandes » qui leur sont adressées. A niveau de moyens constant, il devient difficile d'arbitrer entre les commandes émanant du préfet et celles de l'ARH. Malgré les efforts d'une « mission d'animation des services déconcentrés » mise en place au sein du ministère des affaires sociales, les personnels de ces services se sentent parfois débordés par l'ampleur des tâches. A titre d'illustration, pas moins de trente cinq objectifs sanitaires ont été désignés comme prioritaires dans la « directive nationale d'orientation » adressée aux services déconcentrés. Il semble notamment que le système génère trop de procédures et qu'il perd en lisibilité pour le citoyen - contribuable.

Il faudrait consacrer l'équivalent d'un emploi à temps plein pour suivre la coordination de chaque programme régional de santé ; or ces moyens n'ont jamais été dégagés. La question endémique des manques de moyens humains se manifeste par un nombre élevé de postes vacants, particulièrement en Ile-de-France. Le rapport spécial n° 3320 de M. Gilbert Mitterrand sur les crédits de la santé (projet de loi de finances pour 2002) prévoyait un taux global de vacances d'emplois de 3,1 %, chiffre élevé.

b) La crise d'identité

Les personnels des DDASS et des DRASS sont de formations et de statuts très divers. Ces personnels traversent une crise d'identité diffuse. Une des personnes entendues par le rapporteur a même évoqué une situation « *sinistrée* ».

Les personnels déplorent l'élargissement constant de leur champ d'action, au détriment de la mise en place d'actions de fond à caractère structurel et stratégique (évaluation notamment). Ils regrettent la fragmentation des compétences du champ sanitaire entre l'Etat (ARH et services déconcentrés) et les collectivités locales, principalement le département. Enfin, ils notent la multiplication non programmée de programmes prioritaires, excédant les capacités de gestion des services. Cela est facteur de démobilisation pour des professionnels pourtant passionnés par leur travail.

c) La gestion des rapports avec l'ARH est parfois difficile

Un observateur, M. Jean-François Bénévisse (DRASS de Rhône-Alpes)¹ décrit les relations entre l'ARH et les services déconcentrés comme « *un divorce et un remariage* » et estime que « *la création des ARH a d'abord été ressentie comme un désaveu* ». Le même auteur note également que la DRASS s'est positionnée comme le service régional de l'ARH.

Lorsque des personnels de la DDASS et de la DRASS sont mis à disposition auprès des directeurs d'ARH, conformément au code de la santé publique et à la convention constitutive de gestion, ils restent notés par les préfets, ce qui peut paraître peu cohérent.

Certains directeurs d'ARH ont créé au sein de leur équipe rapprochée la fonction de « chargé de mission départemental ». Cela a remis directement en question le rôle sanitaire des directeurs des DDASS. De même, il est arrivé que les ARH, dans l'exercice de la tutelle sur l'hospitalisation privée, prennent des décisions qui mettent les personnels de DDASS et de DRASS en porte à faux. Des désaccords entre les

¹ La Documentation française, « Actualités et dossiers en santé publique » n°37 de décembre 2001

services déconcentrés de l'Etat et le directeur de l'ARH concernant des décisions à prendre au sein de la COMEX sont déjà intervenus.

Ces désaccords, même rares, nuisent à l'autorité de l'Etat et il faut y mettre fin. Or, le renforcement des ARH et leur transformation probable en administration de gestion accentueront la remise en question du rôle des DDASS et des DRASS.

C. LA RÉGIONALISATION PERMETTRA DE RENDRE RESPONSABLES LES ACTEURS DU SYSTÈME DE SANTÉ

Le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées M. Jean-François Mattei l'a expliqué lors sa première audition par la commission le 16 juillet dernier : concernant l'organisation de notre système de santé, il convient de refuser la voie de l'étatisation comme celle de la privatisation.

Cependant, cette orientation ne saurait exclure l'option réformatrice. En effet, en ce qui concerne l'appréciation des besoins de santé, l'évaluation des restructurations hospitalières, l'association nécessaire de tous les professionnels de santé ainsi que la mise en place d'actions de prévention, seule une politique de proximité permettrait un bon pilotage du système.

Le rapporteur estime donc nécessaire de s'engager vers une régionalisation accrue. Cette régionalisation, qui prendrait essentiellement la forme de la création d'agences régionales de santé (ARS), irait au-delà de la déconcentration institutionnelle qu'a représentée la naissance des ARH et orienterait le système vers une authentique décentralisation.

Le principe à suivre serait la répartition par « blocs de compétences » : en effet, attribuer à plusieurs institutions ou organismes l'exercice d'une même compétence a conduit quasi systématiquement à la dilution des responsabilités. Actuellement, l'organisation du système de soins est illisible pour le patient, l'utilisateur, le professionnel et l' élu. La prise en charge des personnes âgées reviendrait intégralement aux conseils généraux et celle des personnes handicapées à l'Etat. Ce dernier garderait, en sus de la prévention des risques, des prérogatives de contrôle, d'évaluation et de gestion des crises. S'agissant de la déconcentration, les exemples de fonction de commandant de région militaire, de recteur ou de trésorier-payeur général ont démontré que la déconcentration ne remet pas en cause le rôle des préfets comme coordonnateurs de l'action gouvernementale. De même, la décentralisation sanitaire n'empêcherait pas l'Etat d'exercer ses prérogatives de contrôle et de gestion des crises ; elle lui permettrait même de se concentrer sur ses missions essentielles.

1. Une agence régionale de santé responsable devant un conseil régional de santé

La régionalisation du système de santé consisterait à créer des agences régionales de santé, établissements publics regroupant les compétences en matière de gestion du système hospitalier régional privé et public, de médecine exercée en secteur ambulatoire et de prévention.

Le rôle d'une éventuelle agence régionale de santé serait de surmonter les cloisonnements actuels en appliquant une véritable politique de santé régionale, sur la base d'un objectif régional de dépenses d'assurance-maladie (ORDAM). Cet ORDAM serait une fraction régionale de l'ONDAM national voté par le Parlement et réparti sur des critères objectifs (mortalité, morbidité...), fraction éventuellement abondée par le Conseil régional sur ses ressources propres.

La création des ARS doit se conformer aux impératifs de la démocratie : cet exécutif sanitaire serait donc responsable devant une instance régionale, le « conseil régional de santé ». Ce conseil serait composé de représentants des acteurs de la santé, des patients et des anciens malades, ainsi que de professionnels médicaux et paramédicaux, tous élus par collèges. Le conseil régional de santé estimerait les besoins à partir des travaux des observatoires régionaux de santé (offre de soins, démographie, formation, prévention...) veillerait à l'adéquation des moyens à engager et contrôlerait l'ARS en élisant les membres de son conseil d'administration. Ce conseil d'administration comprendrait des représentants du Conseil régional (instance élue de la région). Cette évolution pourrait être une réponse aux reproches actuels de technocratie adressés à la composition de la COMEX.

Par la suite, l'intérêt croissant des conseillers régionaux pour les problèmes de santé conduirait probablement le directeur de l'ARS à rendre des comptes devant le Conseil régional et à devenir l'un des services de la région. A titre d'exemple, l'implication des élus locaux a ainsi été la clef du succès de la démarche de régionalisation sanitaire en Espagne.

La création de l'ARS supposerait un renforcement des échelons régionaux de ses interlocuteurs : unions régionales des caisses d'assurance-maladie, unions régionales des professions de santé, échelons régionaux des ordres médicaux et paramédicaux.

2. Le périmètre de compétence des agences régionales de santé comprendrait l'hôpital, le secteur ambulatoire et la prévention

a) La création des ARS permettrait d'associer l'ambulatoire et l'hospitalier

L'un des avantages de l'ARS serait de mettre fin au cloisonnement constaté entre la sphère hospitalière et celle de la médecine ambulatoire, étanchéité jugée responsable de bien des maux du système de santé français.

En matière de gestion du système hospitalier, l'ARS devrait avoir des compétences élargies par rapport aux ARH. L'administration centrale déconcentrerait ses procédures de gestion de crédits, en évitant d'abuser de la procédure des crédits fléchés. En outre, l'ARS serait chargée de la publication des postes et de la nomination des praticiens hospitaliers et elle donnerait un avis conforme sur les nominations de professeurs des universités - praticiens hospitaliers. Elle noterait et évaluerait les personnels médicaux et pharmaceutiques.

L'ARS aurait également une compétence en matière de réseaux de soins, les réseaux étant actuellement en dehors du champ de compétence des ARH. Ayant une compétence générale d'allocation des moyens, elle serait également très efficace en ce qui concerne la promotion de l'hospitalisation à domicile.

La création des ARS s'accompagnerait d'une redynamisation des observatoires régionaux de santé, qui seraient associés à la nouvelle structure.

L'ARS permettrait aussi une organisation optimale de la permanence des soins. En la matière, l'Etat pourrait enfin parler d'une seule voix.

b) Les ARS seraient compétentes en matière de prévention

Cette compétence en matière de prévention serait le gage de la conduite d'une politique de prévention vigoureuse, avec une forte dimension régionale. Cette politique enfin coordonnée permettrait de rééquilibrer notre système de santé trop centré sur le curatif. Cela pose la question de la responsabilité de la gestion des fonds de prévention des caisses nationales et de la coordination avec les politiques définies par l'Etat et les collectivités locales.

En particulier, il serait nécessaire de confier à l'ARS la définition et le financement des actions pratiquées en milieu scolaire : la prévention, les actions de dépistage, voire une partie de l'éducation à la santé. En effet, il semble peu opportun qu'une politique de prévention menée à l'échelon régional, fondée sur les travaux des observatoires régionaux, s'arrête aux portes des établissements scolaires. L'organisation actuelle, marquée par le manque de moyens attribués à la santé scolaire et par le cloisonnement des acteurs (malgré les programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins et les programmes régionaux de santé), n'est pas optimale. La création des ARS serait l'occasion de renforcer la coordination entre les différentes institutions sur le fondement d'objectifs de santé régionaux.

Les conditions de création de ces ARS seront l'un des gages de leur réussite. Il faudrait user de pragmatisme, dans le cadre d'une démarche nécessairement progressive, qui se fonderait dans un premier temps sur le bilan d'expérimentations locales. Des « passerelles » aménagées entre les corps, entre les fonctions publiques et entre les postes fonctionnels, notamment par la création d'un corps commun « d'administrateur de santé », permettraient de faire respirer ces nouvelles institutions.

Les compétences attribuées aux ARS le seraient dans le cadre d'un plan pluriannuel : d'abord la prévention, la formation professionnelle des personnels médicaux, pharmaceutiques et paramédicaux, puis la compétence de la gestion du système hospitalier, en y incluant la gestion des carrières des praticiens hospitaliers et des directeurs d'hôpitaux, puis enfin celle de la médecine ambulatoire.

3. L'Etat garderait des prérogatives centrales : l'évaluation, l'inspection, la sécurité et la gestion des crises sanitaires

La création des ARS serait l'occasion pour les services de l'Etat compétents en matière sanitaire d'une clarification des missions et d'une réallocation correspondante des ressources, sur le principe suivant : moins de gestion, plus de stratégie. Cette clarification et ce recentrage fonctionneront comme une reconnaissance de la qualité des services. Ils donneront la possibilité de se concentrer sur quelques missions sanitaires clairement définies, contribuant à mettre fin au malaise des personnels.

a) La clarification des missions

Si les ARS étaient créées, les missions sanitaires de l'Etat devraient comprendre :

- le respect du principe de l'égalité du traitement de l'utilisateur sur tout le territoire ;
- le contrôle de légalité ;
- la sécurité sanitaire et la prévention des risques ;
- l'évaluation et le contrôle des politiques publiques ;
- et, le cas échéant, la gestion des crises.

La sécurité sanitaire devrait donc être attribuée complètement aux services du préfet. Dans le domaine de la veille sanitaire, de la sécurité environnementale ou alimentaire, l'institution préfectorale régionale est particulièrement performante, puisqu'elle permet de coordonner le travail des services déconcentrés de très nombreux ministères : l'Industrie (DRIRE), l'Agriculture (directions départementales de l'agriculture et des forêts et directions des services vétérinaires), l'Economie (DDCCRF) ... En outre, les structures fédérales et régionalisées ont plus de mal à gérer des crises sanitaires ou de santé environnementale, crises qui, par définition, ne respectent pas les circonscriptions administratives ou politiques en appelant une réponse à la fois unique et rapide. Enfin, il importe de distinguer l'autorité régulatrice du système hospitalier (ARH) de l'autorité chargée d'assumer la fonction de contrôle du respect des normes sanitaires.

La veille sanitaire resterait de la compétence des services déconcentrés à travers les quatorze cellules interrégionales d'épidémiologie (CIRE).

Le périmètre des missions attribuées à l'Etat est à définir. La première étape de la création des ARS est de leur confier la plupart des compétences sanitaires. Le secteur médico-social doit faire l'objet d'un nouveau partage de compétences lors d'une deuxième étape. La prise en charge des personnes âgées serait confiée aux conseils généraux (qui seraient libres de conclure des conventions de gestion avec les ARS), celle des personnes handicapées aux ARS.

On peut aussi discuter de l'opportunité d'attribuer à l'Etat la responsabilité des campagnes de vaccinations ou la lutte contre la tuberculose et les maladies sexuellement transmissibles, missions attribuées aux départements mais qui apparaissent aujourd'hui mal remplies.

b) La réallocation des moyens

Dans ce contexte, la DHOS deviendrait une véritable direction stratégique.

On pourrait également envisager la fusion de la DDASS de chef-lieu avec la DRASS, ce qui permettrait de mutualiser les moyens de fonctionnement.

La DRASS mettrait définitivement à la disposition des ARS des personnels « santé ». La DDASS exercerait les autres missions à sa charge, particulièrement la gestion des dispositifs sociaux (ville, logement, intégration...) ou de veille sanitaire, avec des personnels plus motivés, car sachant exactement ce que l'on attend d'eux.

*

* *

Pour l'Etat, l'organisation de l'administration territoriale de la santé se trouve à un tournant. En effet, le développement des ARH, nécessaire à une véritable restructuration hospitalière d'envergure et à la coordination entre le secteur ambulatoire et le secteur hospitalier, ne pourra se faire à structures égales sans augmenter encore l'enchevêtrement des missions.

Il faudra bien démêler un jour l'écheveau des compétences, paravent qui cache de moins en moins la dilution des responsabilités et le manque de moyens attribués aux services déconcentrés. Plus grave, cet enchevêtrement se conjugue avec l'absence d'un mécanisme fiable permettant la collecte et le traitement des informations sanitaires propres à appuyer la décision publique sanitaire sur des bases pertinentes et légitimes.

Le système de santé français est un beau bateau, mais un bateau lourd, coûteux et lent, que tenterait de diriger une dizaine de pilotes quasiment aveugles, parlant des langues différentes, sans liaison aucune avec une tour de contrôle muette ou trop proluxe.

Partant de ce constat, le rapporteur appelle à une remise à plat de l'organisation sanitaire grâce à une régionalisation du système, qui pourrait identifier les responsabilités de chacun, mieux coordonner les actions et promouvoir la prévention. Compte tenu de l'ampleur des changements à réaliser, le pragmatisme et le développement d'expérimentations locales seront indispensables. Nul doute qu'ils ne seront pas superflus pour mener cette réforme à bien.

En conclusion, le rapporteur pour avis propose à la commission d'émettre un avis favorable à l'adoption des crédits de la santé pour 2003.

TRAVAUX DE LA COMMISSION

La commission des affaires culturelles, familiales et sociales a examiné, pour avis, sur le rapport de **M. Jean-Luc Prével**, les **crédits de la santé pour 2003**, au cours de sa séance du mardi 5 novembre 2002.

Un débat a suivi l'exposé du rapporteur.

M. Bernard Perrut s'est inquiété de la prise en charge des soins palliatifs, sujet important qui n'a guère évolué depuis la loi de 1999 favorisant l'accès à ces soins. Il s'agit du « parent pauvre » de la santé. Seul un tiers des besoins sont couverts, faute de lits d'accueil en nombre suffisant, malgré les deux programmes d'action engagés (sur 1999-2001 pour l'hôpital et 2002-2005 pour l'aide à domicile) et les 122 unités actuellement en activité.

M. Pascal Terrasse a rappelé la faiblesse du budget du ministère de la santé par rapport aux montants du projet de loi de financement de la sécurité sociale. Ce budget est très en retrait dans la prise en compte des politiques sociales, qu'il s'agisse des droits des femmes ou des moyens des commissions techniques d'orientation et de reclassement professionnel (COTOREP). Les services déconcentrés de l'Etat voient leurs moyens réduits avec la suppression de 75 emplois alors que des postes d'administrateurs civils sont créés à l'administration centrale. Or, les attentes des personnels des services déconcentrés sont fortes. On peut également se demander si la localisation unique de l'Ecole nationale de la santé publique (ENSP) permettra de faire face aux besoins de formation des nombreux cadres du secteur sanitaire et social dans la perspective de départs massifs à la retraite.

S'agissant des agences de sécurité sanitaire, on peut douter que la réduction de leurs moyens de fonctionnement leur permette de poursuivre au mieux leurs missions. Ainsi, la subvention allouée à l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS) diminue de 81,4 %, celle de l'Agence française de sécurité sanitaire des aliments (AFSSA) reste inchangée, celle de l'Agence française de sécurité sanitaire environnementale (AFSSE) est réduite de 22,8 %, tandis que l'Institut de veille sanitaire (IVS) perd 500 000 euros et l'Etablissement français de greffes voit sa dotation réduite de 70,3 %.

M. Alain Néri s'est demandé comment la future loi de programmation quinquennale en santé publique sera articulée avec les autorisations budgétaires annuelles, notamment pour assurer la poursuite des actions de santé publique engagées dans le cadre de la loi du 4 mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. En ce qui concerne notamment la lutte contre le cancer, on peut se demander si la priorité affichée se traduit réellement par des moyens financiers adéquats : la mesure nouvelle de 35 millions d'euros pour les actions déconcentrées apparaît bien faible par rapport à l'ensemble des moyens déjà engagés, qui s'élevaient à 226,9 millions d'euros en 2002, tous financeurs confondus.

Enfin, il n'est rien prévu de particulier dans ce budget en faveur de la lutte contre les maladies orphelines qui causent souvent des difficultés sociales, financières et psychologiques importantes pour les personnes malades.

En réponse aux intervenants, le rapporteur pour avis a formulé les observations suivantes :

- On peut effectivement regretter la lenteur du développement depuis 1999 des moyens accordés pour favoriser l'accès aux soins palliatifs, notamment au niveau des départements.

- Il est difficile d'articuler le budget du ministère de la santé tant avec le budget de la sécurité sociale qu'avec le budget du ministère des affaires sociales qui regroupe les mesures relatives aux droits des femmes et aux COTOREP.

- Les postes supprimés en services déconcentrés n'étaient pas pourvus.

- Il serait souhaitable de favoriser la régionalisation de la formation des professions médicales, paramédicales et sociales.

- La trésorerie abondante des agences sanitaires devrait leur permettre de faire face à leurs besoins sans moyens nouveaux, notamment si elles acceptent de ne pas financer à 100 % certains investissements immobiliers, comme l'Etat le leur demande.

- L'intérêt de la loi de programmation quinquennale en santé publique sera de définir des priorités que le gouvernement devra ensuite financer dans le cadre budgétaire annuel, comme c'est le cas pour les crédits de la défense nationale.

- La lutte contre les maladies orphelines passe surtout par l'augmentation de l'aide à la recherche pharmaceutique dans ce domaine.

Conformément aux conclusions du rapporteur pour avis, la commission a donné un *avis favorable* à l'adoption des **crédits de la santé pour 2003**.

LISTE DES PERSONNALITÉS ENTENDUES

PERSONNALITÉS ENTENDUES EN AOÛT 2002

- Mme Danielle Hernandez, directrice départementale – DDASS 85
- Mme Brigitte Heridel, inspectrice départementale – DDASS 85

AUDITIONS DU MARDI 3 SEPTEMBRE 2002

- M. Edouard Couty, directeur de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées)
- M. Max Ponceillé, président de la Fédération de l'hospitalisation privée
- M. Gérard Vincent, délégué général de la Fédération hospitalière de France

AUDITIONS DU MERCREDI 4 SEPTEMBRE 2002

- M. Jean-Pierre Duport, président de l'Association du corps préfectoral et des hauts fonctionnaires du ministère de l'intérieur
- M. Yves Simeray, chef de la mission des services déconcentrés DDASS – DRASS au sein de la direction de l'administration générale, des personnels et du budget du ministère de la santé, de la famille et des personnes âgées
- M. Ramiro Pereira, directeur départemental (DDASS de l'Hérault), et M. Jean-Claude Cargnelutti, directeur régional (DRASS Centre) (Association des directeurs des affaires sanitaires et sociales)
- M. Gilles Brucker, directeur général de l'Institut de veille sanitaire
- Mme Annie Podeur (directrice de l'ARH Bretagne), présidente de la conférence des ARH, M. Jean Pierre Contis (directeur de l'ARH Auvergne) et M. Jean-Louis Bonnet (directeur de l'ARH Alsace)

DÉPLACEMENT LE VENDREDI 6 SEPTEMBRE 2002 À NANTES

1. La DRASS des Pays de la Loire et le réseau des DDASS

- M. Jean-Marie Lebeau, directeur adjoint, DRASS
- M. Jean-Pierre Tronche, secrétaire général, DRASS
- M. Pierre Pruel, directeur départemental - DDASS 44
- M. Philippe Vitoux, directeur départemental - DDASS 49
- M. Jean-Paul Aubrun, directeur départemental - DDASS 72
- Mme Brigitte Simon, médecin inspectrice régionale, DRASS
- Mme Catherine Ogé, pharmacienne inspectrice régionale, DRASS
- M. Bernard Piriou, ingénieur régional de génie sanitaire, DRASS

2. Préfecture de région

- M. Bernard Boucault, préfet de région
- M. Dominique Paille, secrétariat général aux affaires régionales
- M. Benoît Péricard, directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation
- M. Michel Théry, chargé de mission « affaires sociales » à la préfecture

3. Agence régionale de l'hospitalisation Pays de Loire

- M. Benoît Péricard, directeur de l'ARH
- Mme Martine KRAWCZAK, directrice-adjointe
- Mme Chantal RAVAUDET, secrétaire générale (membre de l'association des inspecteurs des affaires sanitaires et sociales)
- M. Patrick COLOMBEL, chargé de mission
- M. Stéphane RUELLE, chargé de mission