

Chapitre XI

Les projets régionaux de santé : un cadre peu opérationnel

PRESENTATION

La loi du 21 juillet 2009 « Hôpital, Patients, Santé et Territoires » (dite loi HPST) a entendu inscrire la politique de santé dans la double perspective d'un parcours assurant un continuum de prise en charge depuis la prévention jusqu'aux structures médico-sociales et d'une territorialisation de l'organisation des soins, avec pour objectif d'améliorer l'égalité des chances et la qualité des prises en charge .

À cette fin, les agences régionales de santé (ARS) créées par cette même loi³⁸¹ se sont vu confier, parmi leurs premières missions, celle de mettre en œuvre au niveau régional la politique de santé publique dont la loi du 9 août 2004 relative à la santé publique précise qu'elle a notamment pour objectif « la réduction des inégalités de santé, par la promotion de la santé, par le développement de l'accès aux soins et aux diagnostics sur l'ensemble du territoire ».

Le cadre de régulation de la politique régionale de santé a été modifié en conséquence. Le projet régional de santé (PRS) unifie dorénavant l'ensemble des démarches des différents acteurs -État et assurance maladie au premier chef- dans les domaines de la prévention, des soins hospitaliers et ambulatoires et de l'action médico-sociale.

À l'issue de la phase d'élaboration de ces derniers et au début de leur mise en œuvre, la Cour a cherché à analyser comment cet exercice de programmation avait entendu répondre à ses objectifs : réduire les inégalités en santé, assurer une meilleure coordination des parcours de soins et permettre une plus grande efficacité des politiques de santé publique³⁸².

Elle a constaté que cette démarche n'est pas parvenue, malgré un travail et une mobilisation considérables, à rendre opérationnelle une approche intégrée au niveau régional, comme l'illustrent les deux exemples de la prévention et de la prise en charge de l'obésité et des accidents vasculaires cérébraux (I). Les capacités d'action des ARS sont entravées par de nombreuses difficultés, qu'il s'agisse de l'absence de priorités nationales claires, du manque de leviers financiers à la disposition directe

381. Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2012*, chapitre VIII : la mise en place des agences régionales de santé, La Documentation française, septembre 2012, p. 231-260, disponible sur www.ccomptes.fr.

382. L'organisation de la veille sanitaire et la gestion des crises sanitaires qui entrent dans le champ de la santé publique ne sont pas examinées ici. La mission confiée aux ARS par l'article L. 1431-2 du code de la santé publique relative à la régulation et l'organisation de l'offre de soins fera par ailleurs l'objet d'une enquête ultérieure.

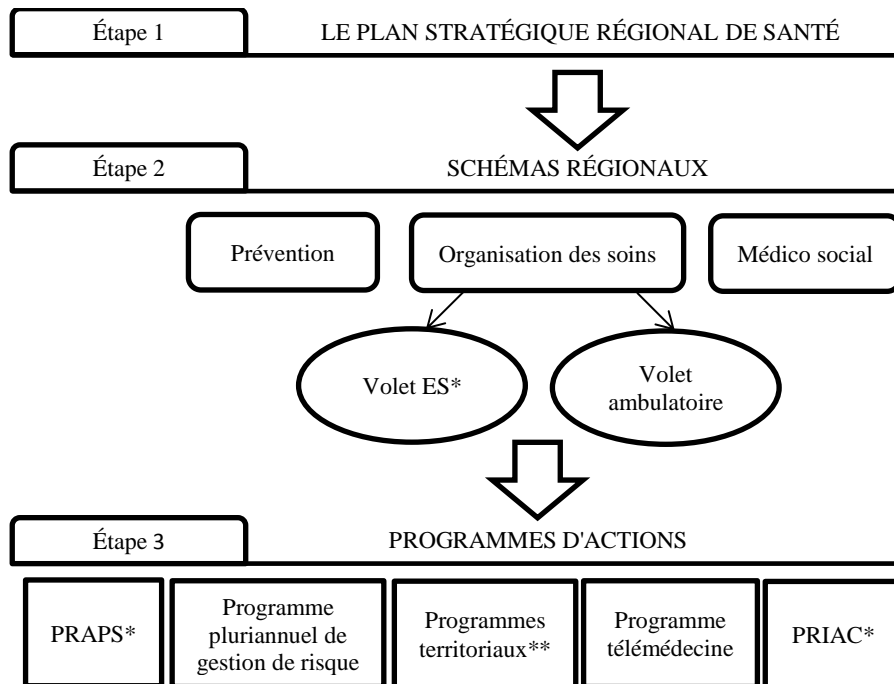
des ARS ou du défaut d'affirmation de leur rôle de pilote face à d'autres acteurs au niveau local (II). L'élaboration de nouveaux projets régionaux de santé en 2016 devra nécessairement s'engager dans un cadre institutionnel à repenser (III).

I - Une démarche très lourde, une approche intégrée insuffisante

Trop peu opérationnels, les projets régionaux de santé ont peiné à organiser une articulation en termes de parcours coordonné entre prévention, soins et prise en charge médico-sociale, comme le montre en particulier l'examen de la prise en charge de l'obésité et des accidents vasculaires cérébraux (AVC), qui représentent des enjeux majeurs de santé publique.

A - Un exercice de programmation peu opérationnel

Le projet régional de santé « définit les objectifs pluriannuels des actions que mène l'agence régionale de santé dans ses domaines de compétences, ainsi que les mesures tendant à les atteindre ». Arrêté pour cinq ans par le directeur général de l'ARS, après une phase de concertation, il se décompose en un plan stratégique régional de santé (PSRS), qui fixe les orientations et objectifs pour la région, trois schémas régionaux de mise en œuvre respectivement en matière de prévention (SRP), d'organisation de soins (SROS) et d'organisation médico-sociale (SROMS) et des programmes qui en prévoient les modalités d'application et les financements.

Schéma n°2 : le projet régional de santé

* *Légende* : **ES** : établissements de santé ; **PRAPS** : programme régional d'accès à la prévention et aux soins ; **PRIAC** : programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie.

** *Facultatifs*

Source : secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales

1 - Des procédures d'élaboration et d'adoption trop lourdes et complexes

Les PRS, dont l'élaboration a démarré en 2010, devaient être arrêtés dans toutes les régions fin 2011. Alors que l'échéance avait été repoussée à la fin 2012, les derniers ont été finalement adoptés début 2013. Les travaux ont donc duré près de trois ans et ont été complexes et lourds, tant pour les équipes des agences que pour les acteurs régionaux. Outre le nombre même de documents composant le PRS, la longueur du processus s'explique par la nécessité de définir au préalable des territoires de santé, la difficulté de la mise au point des diagnostics territoriaux, le souci des nouvelles agences de déployer pleinement la concertation avec les instances de démocratie sanitaire régionale et les difficultés d'articulation des schémas sectoriels.

Les fragilités de la démocratie sanitaire régionale³⁸³

La loi HPST a réformé les instances de démocratie sanitaire en instaurant une conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA) et des conférences de territoire, au niveau d'un bassin de vie, qui concourent par leurs avis à la définition de la politique régionale de santé.

Les CRSA, qui sont obligatoirement consultées sur le PRS et ses différents volets, ont eu un rôle important dans le processus de concertation. Elles se sont réunies à un rythme soutenu durant les phases d'élaboration et de consultation réglementaire. Leur composition large (usagers, élus locaux, partenaires sociaux, professionnels des secteurs sanitaires, médico-sociaux ou de prévention) en fait un lieu d'expression de tous les acteurs de santé. Les avis rendus ont ainsi pu peser, parfois fortement comme en région Nord-Pas-de-Calais, où le schéma régional de prévention a été réécrit ou, en Alsace, avec la prise en compte d'une priorité supplémentaire relative à la prévention et la prise en charge des conduites à risque chez les adolescents.

Toutefois, dans la phase actuelle de mise en œuvre des PRS, un risque d'essoufflement de ces instances est perceptible. L'apport des conférences de territoire, dont les missions réglementaires sont limitées³⁸⁴, n'est pas avéré ; leur fonctionnement est très hétérogène, leurs réunions irrégulières et leur articulation avec la CRSA souvent faible. Les CRSA comme les conférences de territoire sont au demeurant encore peu connues et mal identifiées localement. Elles peuvent pourtant compter chacune, respectivement, jusqu'à 100 et 50 personnes ce qui entraîne une lourdeur des travaux en assemblée plénière. Le manque de formation de certains de leurs membres rend inégale l'appropriation de dossiers parfois très techniques. L'absentéisme (en particulier des représentants de collectivités territoriales) peut être important.

2 - Des objectifs beaucoup trop nombreux et non priorisés

Les projets régionaux de santé sont de volumineux documents, dépassant le plus souvent les 1 000 pages. Leur faible lisibilité qui compromet leur appropriation par les acteurs de santé est accentuée par l'accumulation de trop nombreux objectifs insuffisamment hiérarchisés. Le projet d'Auvergne comporte ainsi 350 objectifs, celui de Bourgogne 143 objectifs généraux et 434 objectifs spécifiques déclinés dans les schémas.

383. Ce concept, introduit dans la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, reconnaît des droits individuels et collectifs à l'utilisateur, qui devient un acteur du système de santé dans lequel il est susceptible d'intervenir directement ou par l'intermédiaire de ses représentants.

384. Seules deux missions de consultation formelle des conférences de territoire sont inscrites dans les textes : l'avis sur les contrats locaux de santé et l'avis sur les programmes territoriaux de santé.

Cette absence de hiérarchisation, particulièrement dommageable, s'explique notamment par la structuration complexe des PRS (plan stratégique régional, schémas, programmes), la prise en compte des nombreux plans et programmes nationaux de santé publique et une expression large des préoccupations des acteurs de la démocratie sanitaire régionale. Les ARS n'ont guère tiré les enseignements des exercices antérieurs de programmation régionale en santé publique pour lesquels les mêmes défauts avaient déjà été soulignés³⁸⁵.

Ces difficultés au stade de l'élaboration des PRS reportent, de facto, les arbitrages de priorités à la phase de mise en œuvre, entraînant de nouvelles discussions. Enfin, corollaire de cette faible opérationnalité des PRS, les dispositifs de suivi et d'évaluation des PRS aux niveaux national et régional peinent à se mettre en place.

3 - Une absence de chiffrage financier

À l'exception de quelques-unes d'entre elles, les ARS n'ont pas chiffré le coût des actions inscrites dans les PRS. Cette absence de chiffrage financier s'explique notamment par la faible visibilité des ARS sur leurs ressources sur la durée du PRS et par la mise à disposition tardive d'un outil de chiffrage par le ministère, au demeurant peu robuste. L'étude de faisabilité financière figurant dans le PRS de Midi-Pyrénées constitue une exception.

L'étude de faisabilité financière du PRS Midi-Pyrénées

L'ARS de Midi-Pyrénées a cherché à évaluer le coût des 500 actions déclinées dans son PRS. Elle estime que la moitié seulement des actions nécessite un financement³⁸⁶, pour un montant évalué à 135 M€ sur cinq ans, ce qui représente 1,7 % des dépenses d'assurance maladie en Midi-Pyrénées ou 6,5 % des enveloppes financières gérées par l'ARS.

Ce chiffrage du coût des actions ne s'accompagne pas pour autant d'une programmation financière à cinq ans.

385. Cour des comptes, *communication à la Commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale* relative à la « prévention sanitaire », octobre 2011, disponible sur www.ccomptes.fr.

386. Les autres actions consistent essentiellement en actions de cadrage, de coordination, de mutualisation ou de communication.

Plus fondamentalement, le défaut de lien entre les nombreux objectifs des PRS et les moyens de les financer, comme l'absence d'articulation entre le PRS et l'évolution de l'ONDAM, sont anormaux. Il apparaît comme essentiel que soit rendu obligatoire, dans la prochaine génération de PRS, un chiffrage financier des actions inscrites et vérifiée sa compatibilité avec les contraintes de l'ONDAM.

B - Une approche intégrée insuffisante : les exemples de l'obésité et des accidents vasculaires cérébraux

Les PRS - même s'il est trop tôt pour juger de leurs résultats - n'ont pas permis d'asseoir une approche plus globale et coordonnée des questions de santé. Deux exemples de priorités de santé publique, ceux de la prévention et de la prise en charge de l'obésité³⁸⁷ et des accidents vasculaires cérébraux (AVC)³⁸⁸, illustrent notamment la difficulté à organiser un continuum entre prévention, dépistage, soins et prise en charge médico-sociale.

1 - Des inégalités sociales et territoriales marquées

Les PRS ont été conçus et mis en œuvre alors que les inégalités sociales et territoriales de santé demeurent fortes, voire s'accroissent comme dans le cas de l'obésité.

Selon l'étude Obépi de 2012³⁸⁹, 32,3 % des Français adultes de 18 ans et plus sont en surpoids et 15 % présentent une obésité (la prévalence de l'obésité était de 8,5 % en 1997). Il persiste d'importantes différences de prévalence entre catégories socio-professionnelles et entre régions (alors qu'elle n'était que de 11,6 % en Midi-Pyrénées en 2012, elle est passée de 13,5 % en 1997 à 21,3 % en 2012 dans le Nord-Pas-de-Calais).

387. L'obésité est une maladie chronique, facteur de nombreuses maladies graves (notamment le diabète et les maladies cardiovasculaires) et raccourcit l'espérance de vie des personnes atteintes. En 1980, l'INSEE estimait à 6,1 % le taux de personnes obèses en France. En 2009, l'enquête Obépi, sur le surpoids et l'obésité situait le nombre de patients obèses à 14,5 % de la population et le taux de patients en surpoids à 30 %.

388. En France, environ 150 000 personnes sont atteintes d'AVC chaque année. Avec 40 000 morts, c'est en France la première cause de handicap non traumatique avec des patients qui gardent des séquelles lourdes, la deuxième cause de démence, la troisième cause de mortalité après les cancers et les maladies cardio-vasculaires.

389. Sixième édition de l'enquête Obépi-Roche, réalisée de janvier à mars 2012, par le laboratoire Roche avec l'Inserm, l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière et KantarHealth.

S'agissant de la mortalité liée aux AVC, les résultats sont également très contrastés selon les régions³⁹⁰. D'une part, les facteurs de risque (hypertension artérielle, obésité, tabagisme...), eux-mêmes souvent liés aux conditions socio-économiques de la population, sont inégalement présents d'une région à l'autre ; d'autre part, la qualité des prises en charge sanitaires varie sensiblement. En effet, une prise en charge immédiate, une rééducation précoce, puis adaptée dans le temps, permettent de diminuer la mortalité, le handicap et les récives. Or les inégalités demeurent, bien que l'AVC ait été désigné comme une cause de santé publique prioritaire depuis plusieurs années.

2 - Des programmes structurés de prévention et de dépistage

Généralement, les ARS ont investi le champ de la prévention de l'obésité et / ou celui de la nutrition-alimentation-activités physiques. Les cinq régions métropolitaines les plus concernées (Nord-Pas-de-Calais, Alsace, Picardie, Centre, Lorraine) en ont fait une priorité dans leur PRS.

Le dépistage de l'obésité, en aval, constitue un enjeu essentiel dans lequel le rôle du médecin traitant est primordial. Seuls 45 % des généralistes calculent l'IMC (indice de masse corporelle)³⁹¹ pour tous les enfants et seuls 36 % reportent l'IMC sur leurs courbes de corpulence alors que le renseignement de ces courbes pour les enfants de moins de six ans permet le repérage d'un éventuel rebond d'adiposité précoce³⁹².

En matière d'AVC, des campagnes d'information à destination du grand public, sur la reconnaissance des signes de l'AVC et l'appel au 15, sont désormais menées et renouvelées tous les ans. Un effort reste cependant à mener à l'égard des généralistes dont certains méconnaissent les protocoles de prise en charge des AVC. Les ARS sont en revanche peu nombreuses à présenter des programmes complets et structurés de prévention des risques, à l'instar du plan d'actions cardio-neuro-

390. La mortalité est plus élevée dans les DOM, tout particulièrement à la Réunion. Le taux de mortalité y est de 85 % plus élevé que celui de la métropole où le Nord-Pas-de-Calais, la Bretagne et le Limousin présentent les résultats les plus dégradés suivis d'un deuxième groupe de régions constitué de l'Alsace, la Haute-Normandie, la Lorraine et la Picardie.

391. Selon les références internationales, le surpoids correspond à un IMC (IMC = poids en kg/taille² en m) égal ou supérieur à 25 et l'obésité à un IMC égal ou supérieur à 30.

392. La remontée de la courbe d'IMC qui survient physiologiquement vers l'âge de 6 ans s'appelle le rebond d'adiposité. L'âge de survenue du rebond d'adiposité est utilisé comme marqueur prédictif du risque d'obésité. Plus le rebond est précoce (avant six ans), plus le risque de devenir obèse est élevé.

vasculaire d'Auvergne qui prévoit des actions plus particulièrement orientées vers les milieux scolaire, universitaire et du travail.

3 - Des filières de prises en charge difficiles à organiser

Bien qu'il s'agisse d'une ambition portée par les plans nationaux obésité et AVC ainsi que par les PRS, la construction de filières de prise en charge assurant le continuum entre la prévention, le dépistage, les soins et le médico-social se heurte à des difficultés multiples.

Ainsi, même lorsque l'obésité est dépistée par le médecin traitant, celui-ci n'est pas toujours en capacité d'orienter son patient vers une offre adaptée de prise en charge, soit parce que cette offre est encore insuffisamment développée sur le territoire régional, soit parce qu'elle existe mais n'est pas connue. Pour renforcer le chaînage entre dépistage et prise en charge, l'ARS de Languedoc-Roussillon a engagé la rédaction d'un annuaire des ressources. En Franche-Comté, un réseau spécialisé dans l'obésité pédiatrique financé par l'ARS organise une prise en charge graduée des enfants, en lien avec la médecine de ville, la PMI, la santé scolaire et les structures hospitalières. La désignation par les ARS de 37 centres spécialisés obésité³⁹³ pour la prise en charge de l'obésité sévère et l'organisation des filières de soins devrait contribuer à rendre l'offre de prévention et de soins plus lisible pour les patients comme pour les professionnels. Leur montée en charge est toutefois subordonnée à la pérennité de l'activité d'un animateur en charge de la construction du maillage territorial.

La structuration de la filière AVC autour d'une unité neuro-vasculaire (UNV)³⁹⁴, se heurte dans plusieurs régions à des difficultés importantes de démographie médicale. Ainsi, alors qu'en Champagne-Ardenne, le SROS III (2006-2011) prévoyait déjà la création de trois UNV (à Reims, Troyes et Charleville-Mézières), seule celle de Reims a été créée en 2007 et celle de Troyes ne le sera, au mieux, qu'en fin 2014. À Charleville, le manque de neurologues rend la création de l'UNV impossible à court terme. Par conséquent, des interrogations subsistent sur la capacité de l'ARS à mettre en œuvre ces orientations anciennes, pourtant réaffirmées dans l'actuel PRS.

393. Ces centres s'appuient le plus souvent sur les CHU.

394. Une filière AVC est organisée en étoile autour d'une unité neuro-vasculaire (UNV) située dans un établissement hospitalier et est constituée d'un réseau d'urgences en amont permettant l'orientation des patients et de structures d'aval graduées en fonction de la nature et de la sévérité des séquelles.

Pour compléter le maillage territorial, plusieurs ARS se sont engagées dans le développement de la télé-médecine (télé-AVC).

La télé-AVC

La télé-AVC permet, en reliant le site de prise en charge du patient à l'UNV et à ses équipes spécialisées, de mener un examen clinique à distance, à partir duquel le neurologue prend la décision de traitement (thrombolyse³⁹⁵) qui sera pratiqué par l'urgentiste de l'établissement où le patient a été conduit.

Le déploiement de la télé-AVC -encore très lent- suppose le financement des équipements et des infrastructures mais également un important travail de concertation, d'organisation des gardes, de définition des protocoles, de diffusion de l'information auprès de l'ensemble des professionnels intervenant sur un maillon de la chaîne et de formation.

En Nord-Pas-de-Calais, un dispositif très organisé est opérationnel depuis 2011 sur deux territoires de santé (Hainaut-Cambrésis et Artois-Douais) représentant une population de près de deux millions d'habitants. Il ressort notamment du premier bilan fait par l'ARS après 18 mois de fonctionnement que :

- 47 % des patients pris en charge par télé-médecine ne présentent pas de séquelles de l'AVC à trois mois de la phase aiguë, résultats comparables aux patients pris en charge directement sur site ;

- le délai de prise en charge par télé-médecine est en moyenne supérieur de 20 minutes à celui que l'on constate sur un site capable de réunir simultanément et sur le même lieu l'accueil aux urgences, l'expertise neurologique et l'expertise radiologique. En revanche, le délai de prise en charge est amélioré de plus d'une heure par rapport à l'organisation qui prévalait avant la mise en place du dispositif de télé-médecine.

Enfin, l'organisation de l'aval (soins de suite et de rééducation, prise en charge médico-sociale, retour à domicile) demeure un maillon faible des filières AVC. Leur mise en œuvre est en effet surtout centrée sur l'organisation de l'hospitalisation en court séjour. Alors qu'une prise en charge précoce et spécialisée en soins de suite et de rééducation est jugée plus adaptée pour prévenir les récurrences et limiter les séquelles, l'offre est souvent mal positionnée. Ainsi, en région Midi-Pyrénées, 18 services disposent d'une spécialisation pour cette pathologie mais ils sont très mal répartis géographiquement (11 implantations sont en Haute-Garonne et en territoire limitrophe).

395. La thrombolyse par voie intraveineuse doit être réalisée dans les 3 heures selon l'autorisation de mise sur le marché des médicaments autorisés à cet effet.

Les PRS ne sont pas encore parvenus à promouvoir suffisamment une approche intégrée de la santé au niveau régional, comme en témoignent les limites des politiques de lutte contre l'obésité et les AVC. Les raisons en sont certes parfois de nature structurelle lorsqu'elles tiennent à la démographie médicale ou à la disparité territoriale de l'offre de soins. Cependant l'exercice de programmation peut aussi souffrir trop souvent de défauts de conception et de l'incapacité des acteurs à s'aligner sur des objectifs communs.

II - Des capacités d'action limitées

Les limites à l'action des ARS proviennent essentiellement des difficultés de l'État à assumer pleinement sa responsabilité dans la définition d'une politique nationale de santé publique et au défaut de convergence des acteurs.

A - Des objectifs nationaux insuffisamment affirmés

La définition d'objectifs nationaux clairement exprimés aurait pu permettre aux ARS de concentrer leurs travaux sur les spécificités régionales. Ce cadre national a manqué.

1 - Une politique nationale de santé publique en cours de redéfinition

La démarche d'élaboration des PRS a été lancée en 2010 alors que la politique nationale de santé était en cours de redéfinition³⁹⁶. Une nouvelle stratégie nationale de la santé n'a finalement été présentée qu'en septembre 2013, une loi devant être adoptée en 2015.

Faute de texte succédant à la loi de santé publique de 2004, l'élaboration des PRS n'a pu que s'inscrire dans le cadre d'orientations très générales. Trois priorités nationales transversales ont été précisées dans le cadre du conseil national de pilotage des ARS³⁹⁷ : améliorer l'espérance de vie en bonne santé, promouvoir l'égalité devant la santé, développer un système de soins et de santé de qualité, accessible et

396. La loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique comprenait cent objectifs pour la période 2004-2008, qui devaient être révisés et évoluer.

397. Ce comité rassemble, sous l'autorité du ou des ministres concernés, les directeurs des administrations centrales impliquées dans les questions intéressant les ARS et les directeurs des caisses nationales d'assurance maladie ainsi que de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie.

efficient. Cinq domaines d'action ont également été identifiés : handicap et vieillissement, veille et sécurité sanitaire, périnatalité et enfance, maladies chroniques, santé mentale et addictions. Un objectif transversal d'efficience du système de santé y a été adjoint. Ces priorités très larges, sans objectifs associés, ont contribué à rendre difficile l'exercice de priorisation au niveau régional.

2 - La multiplication des plans nationaux de santé

La politique nationale s'inscrit également dans une multiplicité des plans et programmes dont la Cour a déjà souligné le manque d'articulation et la faible hiérarchisation des objectifs³⁹⁸. La prévention de l'obésité et du surpoids est à cet égard emblématique des difficultés que ce foisonnement a entraînées pour les ARS lors de l'élaboration de leurs priorités régionales. Les cadrages nationaux se sont en effet multipliés dans ce domaine : outre le plan Obésité 2010-2013, d'autres plans et programmes nationaux abordent la prévention selon une approche nutritionnelle : le programme national nutrition santé (2011-2015), le programme national pour l'alimentation élaboré en 2011, le plan « sport, santé, bien-être » publié en décembre 2012, la politique éducative en santé³⁹⁹.

Cette accumulation de plans, hétérogènes dans leurs démarche et décalés dans le temps, a induit une préjudiciable perte de lisibilité des objectifs.

398. Cour des comptes, *communication à la Commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale* relative à la « prévention sanitaire », octobre 2011, disponible sur www.ccomptes.fr. Le livre des plans de santé publique publié en mai 2011 par le ministère de la santé en recensait plus de 30.

399. Fondée sur la circulaire de l'éducation nationale n° 2011-216 du 2 décembre 2011.

Des objectifs à la conciliation délicate

Le programme national pour l'alimentation (PNA), porté par le ministère de l'agriculture, cherche à intégrer toutes les problématiques de l'alimentation et du modèle alimentaire français et regrouper les initiatives sectorielles existantes (agriculture, pêche, santé, consommation, environnement, tourisme, éducation, culture, aménagement du territoire...).

Le code rural et de la pêche maritime⁴⁰⁰ prévoit que les actions mises en œuvre par le PNA dans les domaines de l'éducation, de l'information en matière d'équilibre et de diversité alimentaires, ainsi que de la qualité nutritionnelle de l'offre alimentaire suivent les orientations du programme national nutrition santé (PNNS) suscité par le ministère de la santé.

En pratique, cependant, les intérêts sous-jacents à ces deux plans peuvent être différents ; l'objectif de promotion pour la santé du PNNS coïncide plus ou moins aisément avec l'objectif de promotion du patrimoine alimentaire et culinaire français porté par le PNA et des intérêts économiques représentés. L'école est ainsi le lieu de rencontre de ces divers enjeux comme l'illustrent les actions du PNA « généraliser la distribution de fruits à l'école en plus de ceux consommés à la cantine » ou « encourager la mise en place d'ateliers de cuisine et de classes du goût à l'école et sur le temps périscolaire ».

L'incapacité à définir une approche nationale univoque en matière de prévention de l'obésité oblige les ARS à un lourd travail de coordination institutionnelle en région au détriment de l'opérationnalité. L'ARS Nord-Pas-de-Calais élabore ainsi un programme régional alimentation et activité physique qui tente - non sans quelques difficultés - de faire la synthèse entre le PNA, le PNNS et le plan obésité et d'organiser les collaborations entre les services de l'État concernés.

3 - Le poids des approches sectorielles

Les ARS sont fréquemment organisées en directions spécialisées et relaient des instructions nationales qui demeurent très segmentées⁴⁰¹. Ce cadre a facilité le maintien d'approches insuffisamment transversales, alors même que l'un des objectifs des PRS était de développer des coopérations entre des secteurs de prise en charge jusque-là considérés de

400. Dernier alinéa de l'article L. 230-1 du code rural et de la pêche maritime.

401. Cour des comptes, *Rapport sur l'application de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012*, chapitre VIII : la mise en place des agences régionales de santé. La Documentation française, septembre 2012, p. 231-260, disponible sur www.ccomptes.fr. La Cour estimait que chaque direction d'administration centrale continuait, comme par le passé, de fonctionner en « tuyaux d'orgues » avec les ARS. L'unification du pilotage du système de santé au niveau régional n'a en effet pas été accompagnée d'un décloisonnement au niveau national.

manière distincte. En particulier, le travail sur les schémas a été marqué par la persistance d'une logique cloisonnée.

Quelques ARS ont cependant su, dès la phase d'élaboration, dépasser l'approche sectorielle induite par les schémas. Ainsi, le SROS de la région Ile-de-France comprend deux volets transversaux consacrés aux personnes âgées et aux personnes handicapées conçus en interaction avec les autres schémas. En Auvergne, une annexe aux trois schémas régionaux relative à la lutte contre les addictions conforte une approche intersectorielle de cette problématique.

B - Un défaut persistant de convergence des acteurs

1 - L'irrédentisme de l'assurance maladie

Comme la Cour l'a déjà relevé, la création des ARS a été marquée par une certaine résistance de la part de la caisse nationale d'assurance maladie (CNAMTS) soucieuse de préserver ses prérogatives, notamment en matière de gestion du risque. Cette situation a constitué un frein à l'exercice des missions des ARS.

Dans leurs travaux, les ARS ont été confrontées à des difficultés en raison des restrictions d'accès aux données du SNIIRAM (système national d'information inter régimes de l'assurance maladie), géré par la CNAMTS. Les dispositions qui régissent l'accès des agences à ces données ne leur permettent pas de mener avec le degré de précision et d'approfondissement qui serait souhaitable des études, des évaluations ou de faire de simples constats à la fois à un niveau géographique infra-départemental et avec des données temporelles précises sur les soins prodigués. Cette contrainte est bloquante pour identifier précisément les filières et parcours de soins ou avoir une approche par âge du patient.

Les agents des ARS ont en effet accès aux données agrégées et à l'échantillon généraliste des bénéficiaires⁴⁰² du SNIIRAM. Seuls les médecins des ARS ont accès aux données individuelles anonymisées exhaustives des bénéficiaires et des professionnels de santé (DCIR), dans leur champ de compétence régionale (DCIR régional).

Dans les ARS participant à l'expérimentation de prise en charge coordonnée des personnes âgées dite PAERPA⁴⁰³, les médecins des ARS et le personnel placé sous leur responsabilité peuvent cependant aussi

402. EGB : échantillon permanent représentatif de la population protégée par l'assurance maladie.

403. Parcours de santé pour les personnes âgées en risque de perte d'autonomie.

procéder au croisement des variables sensibles strictement nécessaires au déroulement de l'expérimentation.

Les besoins de traitements statistiques sont cependant plus larges que ceux actuellement autorisés. Ils peuvent nécessiter l'accès pour d'autres catégories de personnel (notamment des statisticiens) et porter sur d'autres thématiques que les parcours de soins des personnes âgées⁴⁰⁴.

Par ailleurs, les contrats signés en 2011 entre les ARS et les organismes locaux de sécurité sociale⁴⁰⁵ afin de formaliser les contributions réciproques à la mise en œuvre du PRS reprennent généralement les priorités définies au niveau national par l'assurance maladie. Ils ne détaillent que rarement des initiatives locales complémentaires et ne prévoient pas de les inscrire dans les orientations des schémas régionaux de prévention retenus par les ARS. Il s'agit le plus souvent d'actions déjà menées antérieurement par l'assurance maladie ou guidées d'abord par des enjeux identifiés par cette dernière. Les ARS n'ont, le plus souvent, pas été en capacité de peser sur ces choix alors que la médecine de ville devrait devenir un acteur majeur de la prévention (cf. ci-dessus à propos de la prévention de l'obésité). Par exception, l'ARS d'Ile-de-France et les caisses d'assurance maladie de la région ont cependant construit ensemble le volet prévention du programme régional de gestion du risque, dans lequel trois programmes régionaux ont été intégrés sur l'accessibilité financière aux soins, le renforcement de l'information et de la prévention et le parcours de santé de la personne âgée.

Enfin, la CNAMTS agit en toute autonomie en ce qui concerne ses programmes propres de prévention, du type SOPHIA ou Santé active⁴⁰⁶. Il peut arriver que des ARS découvrent la mise place de dispositifs en dehors de toute concertation. Ainsi, la CPAM des Yvelines a seule décidé l'ouverture à Versailles, d'un espace de prévention Santé active. Selon l'ARS d'Ile-de-France, l'implantation choisie et la méthode risquent de contribuer à l'accroissement des inégalités sociales de santé plutôt qu'à leur réduction.

404. Le rapport de la Mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale (MECSS) du Sénat de mars 2014 sur les agences régionales de santé recommande à ce sujet de « faciliter l'accès des ARS aux données de santé, notamment celles de l'assurance maladie, mais dans un cadre législatif sécurisé et protecteur des libertés publiques ».

405. Sur la base d'un contrat type défini nationalement.

406. SOPHIA : programme d'accompagnement des patients diabétiques ; Santé active : nouveau service de l'assurance maladie qui propose un coaching en ligne et des offres locales (par exemple, des ateliers et bilans nutritionnels).

2 - Des partenariats avec les collectivités et les services déconcentrés de l'État difficiles à organiser et inégalement opérationnels

Les ARS et les collectivités territoriales partagent de nombreuses préoccupations de santé publique qui rendent leur coopération indispensable : lutte contre la désertification médicale, organisation d'une offre de proximité, professionnalisation de l'offre en matière de prévention etc. Cette collaboration se heurte cependant à de nombreux obstacles, tels que le manque de visibilité des ARS sur l'offre portée ou les besoins définis par les collectivités territoriales ou le décalage dans les calendriers d'adoption des différents schémas de la responsabilité des départements et les travaux d'élaboration des schémas régionaux d'organisation médico-sociale. Ce décalage a pu induire un manque de complémentarité et susciter l'incompréhension des élus, dès lors notamment que des besoins de médicalisation de structures médico-sociales étaient appréciés différemment par les services des conseils généraux et les agences.

A contrario, la mise en œuvre de contrats locaux de santé, qui tend à se développer même si la population concernée reste très faible illustre souvent la qualité des partenariats qui peuvent être organisés avec certaines collectivités locales.

Le déploiement progressif des contrats locaux de santé

Les contrats locaux de santé (CLS) conclus par les agences avec les collectivités territoriales et leurs groupements - souvent à l'initiative de celles-ci - permettent d'adapter les actions du PRS aux besoins locaux. À partir d'un diagnostic, ils visent à organiser le partenariat local à l'échelle communale ou intercommunale pour réduire les inégalités sociales et territoriales de santé et mettre en œuvre des solutions pour une offre de proximité.

Chaque ARS a toute latitude pour adapter le cadre à sa propre démarche. En septembre 2013, environ 155 CLS avaient été signés dans l'ensemble de la France et la quasi-totalité des agences indiquaient avoir plusieurs projets de CLS complémentaires à un stade plus ou moins avancé d'élaboration. Plus du tiers du total des contrats signés en France l'ont été en Ile-de-France ce qui peut s'expliquer par l'antériorité des démarches dans le champ de la santé dans un certain nombre de communes franciliennes. Dans d'autres régions, le processus est plus lent (un premier CLS signé en 2013 en Basse Normandie ; en Rhône-Alpes, alors qu'un seul CLS avait été signé en 2012, cinq nouveaux contrats ont été conclus en 2013).

Le CLS contribue à un décloisonnement des interventions des différents acteurs locaux. Son opérationnalité dépend, cependant, en grande partie, de la manière dont sont mobilisés autour de ses objectifs les moyens humains et financiers consentis par la collectivité territoriale et l'ARS. Or ceux-ci sont souvent trop peu explicités, comme dans plusieurs contrats examinés par la Cour.

En matière de prévention et d'éducation en santé, les ARS doivent travailler de concert avec les services déconcentrés de l'État qui détiennent une compétence en ce domaine, fût-elle limitée : rectorat, direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale, direction régionale de l'alimentation, de l'agriculture et de la forêt, direction de la protection judiciaire de la jeunesse etc., mais les relations entre les acteurs ne sont pas toujours aisées. La mise en place au sein de chaque ARS d'une commission de coordination des politiques publiques dans le domaine de la prévention n'ayant pas suffi à pallier cette difficulté⁴⁰⁷, les agences se sont engagées dans la signature de conventions-cadres avec les services locaux de l'État. Ce partenariat foisonnant, rarement ciblé sur un objectif précis, peut se révéler consommateur de temps et de moyens au détriment d'une action plus immédiate et plus concrète.

C - Des financements insuffisamment mis au service de la réduction des inégalités de santé

Les capacités d'action des ARS pour promouvoir la prévention sont limitées par des enveloppes réduites par rapport à celles dont l'assurance maladie dispose. La création du fonds d'intervention régional (FIR) qui devait introduire davantage de souplesse dans la gestion des crédits alloués aux ARS n'a pas encore eu l'impact attendu.

407. Cette commission regroupe, outre le directeur général de l'ARS, le représentant du Préfet de région, les services déconcentrés de l'État concernés, des représentants des collectivités territoriales et des organismes de sécurité sociale. Cette commission joue un rôle très variable d'une région à l'autre, en raison d'une participation et d'un niveau de représentation hétérogènes. A minima, la commission constitue un lieu d'échanges d'informations. Au mieux, quelques commissions plus dynamiques parviennent à développer des initiatives de mise en commun des financements disponibles et d'examen conjoint des demandes de subventions.

1 - Le faible niveau des crédits de santé publique

L'examen des dépenses régionales de santé publique fait apparaître une double distorsion : entre les montants des fonds gérés par les ARS et ceux dont disposent les organismes d'assurance maladie, d'une part et dans les niveaux de dépenses entre les régions, d'autre part.

Les dépenses régionales de santé publique ont représenté en 2012 un total de 563 M€⁴⁰⁸. Il s'agit d'une part très faible (0,32 %) des dépenses sanitaires et médico-sociales engagées dans les régions (184,5 Md€ dont 78,3 Md€ pour les soins de ville et 74,2 Md€ de dépenses en établissements de santé). On ne peut en attendre un effet décisif sur la réduction des inégalités régionales.

Tableau n° 69 : dépenses régionales 2012 par destination

En M€

Dépenses de santé publique	563
Dont dépenses des fonds de prévention de l'assurance maladie (régime général)	345
Dépenses de soins de ville	78 327
Dépenses des établissements de santé	74 232
Versements aux établissements et services médico-sociaux (hors conseils généraux)	19 653
Autres prestations AT-MP, invalidité, décès	9 995
Autres dépenses sanitaires et médico-sociales	1 750
Total	184 520

Source : états financiers définitifs 2012 des ARS et données DGS

Sur ce montant, 39 % seulement (soit 218 M€⁴⁰⁹) relèvent directement des ARS. Le solde, soit plus de 60 % des dépenses de santé publique (345 M€), est constitué par les actions menées en propre par le régime général maladie à travers ses fonds de prévention et recouvre, essentiellement, les contributions aux structures de gestion des dépistages organisés des cancers, le financement des centres d'examen de santé, les dépenses de prévention bucco-dentaire, le remboursement de tickets modérateurs de certains vaccins, les dépenses des actions locales des caisses. Rapportée à la population, la dépense globale (ARS et assurance maladie) s'est élevée en 2012 à 8,64 € / habitant. Ce montant recouvre d'importantes disparités régionales, résultant avant tout du poids de

408. États financiers définitifs des ARS et données de la direction générale de la santé.

409. Ce montant comprend les crédits du programme 204 (171 M€), des crédits de l'assurance maladie (40 M€) et des reprises sur fonds de roulement (6 M€). Il ne comprend pas les dépenses de santé recentralisées (64,8 M€).

l'histoire et sans corrélation avec les inégalités de situation sanitaire ou socio-économique.

Parmi les dix régions percevant l'allocation la plus faible par habitant, certaines sont particulièrement mal classées au regard du taux de pauvreté monétaire (comme la Corse ou le Languedoc-Roussillon) ou de l'indice de mortalité prématurée⁴¹⁰ chez les hommes ou les femmes (Haute-Normandie, Nord-Pas-de-Calais, Lorraine).

Tableau n° 70 : Les dix régions les moins bien dotées

Classement des régions	Dépenses/hab (€)	Taux de pauvreté monétaire 2008 (rang)	Taux de mortalité prématurée : hommes (rang)	Taux de mortalité prématurée : femmes (rang)
Languedoc-Roussillon	6,67	2	14	11
Haute-Normandie	6,85	14	2	2
Franche-Comté	7,04	15	16	17
Provence-Alpes- Côte d'Azur	7,06	4	17	14
Rhône-Alpes	7,06	19	22	22
Lorraine	7,40	10	8	4
Ile-de-France	7,67	17	20	16
Nord-Pas-de-Calais	7,87	3	1	1
Alsace	7,88	22	19	15
Corse	8,29	1	18	21

Note de lecture : Classement : 1, région la plus mal classée; 22 région la mieux classée.

Source : données DGS, secrétariat général du ministère de la santé, calculs Cour des comptes

Depuis plusieurs années, la direction générale de la santé module certes le calcul des allocations régionales « prévention, promotion de la santé et sécurité sanitaire » sur la base d'indices de précarité et de mortalité prématurée évitable. Ce dispositif souffre cependant de deux limites importantes. Compte tenu de la diminution des crédits de prévention, il ne peut corriger que marginalement les écarts de dotations entre régions⁴¹¹. D'autre part, ce mécanisme ne porte que sur une faible part de dépense régionale en santé publique.

410. Taux de décès par mortalité prématurée standardisés par âge : ensemble des décès survenus avant l'âge de 65 ans pour 100 000 habitants (Inserm-CépiDc, données 2006).

411. Les régions les moins dotées bénéficient d'une diminution plus faible de leurs crédits, ce qui ne peut leur permettre de rattraper leur retard que de façon excessivement progressive. En 2014, les taux d'évolution des dotations, en métropole, vont ainsi de -7,25 % à -9,75 %.

La diminution des financements a un impact sur les acteurs régionaux de la prévention financés, en partie, par les ARS. Sous l'impulsion de ces dernières, ce secteur est ainsi engagé dans une dynamique de rationalisation.

La rationalisation des acteurs de la prévention

Dans de nombreuses régions, le secteur de la prévention se caractérise par un grand nombre d'opérateurs, répartis inégalement sur le territoire régional : 435 structures étaient ainsi répertoriées en 2002 en Languedoc-Roussillon, 1 255 en 2011, intervenant sur 37 thèmes différents. Il existe peu d'acteurs généralistes, les associations étant souvent axées sur une population ou une thématique.

Le corollaire de cette multiplicité d'acteurs est le saupoudrage de financements régionaux et le difficile pilotage de la politique de prévention. L'enjeu pour les ARS est d'agir sur l'offre de prévention pour la professionnaliser et la mettre en adéquation avec les besoins de la région. Pour cela, elles tendent à mieux cibler les appels à projets et / ou optent de plus en plus souvent pour une contractualisation pluriannuelle des financements avec les principaux opérateurs. Dans plusieurs régions, telle que le Languedoc-Roussillon, les financements se resserrent sur un nombre plus réduit d'acteurs. Cette mutation ne se fait pas sans difficultés.

Tableau n° 71 : évolution du financement de la prévention par l'ARS Languedoc-Roussillon

en €

	Actions	Opérateurs	Montant
2010	242	149	3 429 737
2011	179	106	3 243 910
2012	115	78	2 988 957

Source : ARS Languedoc-Roussillon

Les pôles régionaux de compétence soutenus par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) à hauteur de 6,6 M€ en 2013, ont vocation, en lien avec les ARS, à apporter appui et ressources aux acteurs associatifs locaux. Leur efficacité devrait être évaluée, leur action s'inscrire complètement dans les orientations des schémas régionaux de prévention et leur apport d'expertise en matière d'évaluation des actions de prévention plus nettement mobilisé par les équipes des agences qui ont besoin de monter en compétence sur ce sujet.

2 - Une mise en œuvre du FIR encore limitée

La création du fonds d'intervention régional (FIR)⁴¹² en 2012 devait donner aux ARS une plus large capacité d'intervention, puisque l'attribution des crédits est désormais laissée à leur libre appréciation, sous réserve du respect du principe de fongibilité⁴¹³. Les ARS peuvent ainsi en principe mobiliser des crédits supplémentaires, en plus de ceux qui leur ont été alloués au titre de la prévention-santé publique pour financer des actions dans ce domaine, dans le respect de l'enveloppe globale allouée.

L'utilisation du FIR s'avère cependant décevante de ce point de vue. L'importance des crédits fléchés au niveau national, l'absence de pluri-annualité et la complexité des procédures de mise en œuvre de la fongibilité ont limité jusqu'à présent le recours à cette souplesse de gestion⁴¹⁴.

Par ailleurs, la création du FIR ne s'est par ailleurs pas accompagnée d'une révision des modalités de répartition des crédits qu'il regroupe entre les régions. La répartition des crédits 2012 et 2013 s'est inscrite globalement dans la continuité des dotations historiques des ARS, ce qui revient à pérenniser des situations acquises.

Une refonte des modalités de répartition des dotations du FIR sur la base de critères objectifs tenant compte des inégalités régionales apparaît nécessaire, d'autant plus que la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 a créé au sein de l'ONDAM un sous-objectif spécifique

412. Le FIR a été créé par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 et est entré en vigueur au 1^{er} mars 2012. Le montant du FIR a évolué de 1,3 Md€ en 2012 à 3,3 Md€ en 2013, le périmètre du fonds ayant été élargi par le transfert de nouvelles enveloppes. Son montant est fixé à 3,2 Md€ en 2014.

413. Selon le mécanisme de fongibilité asymétrique, les crédits destinés au financement des actions de prévention ne peuvent être affectés au financement d'activités de soins ou de prises en charge et d'accompagnement médico-sociaux. À l'inverse, les crédits non protégés, peuvent être utilisés au financement de toute action dans le périmètre du FIR.

414. Selon la CNAMTS, en 2012 les ARS ont sollicité le transfert de près de 5,4 M€ et d'un peu plus de 18 M€ en 2013.

au titre du FIR pour répondre à la préoccupation de doter les ARS de marges de manœuvre financières supplémentaires⁴¹⁵.

III - Préparer la prochaine génération de PRS selon une méthode repensée

A - Refonder l'observation régionale en santé

La programmation en matière de santé publique doit pouvoir s'appuyer sur une observation régionale en santé solide et restructurée. Face à la dispersion actuelle des acteurs et des données, cette observation doit être davantage pilotée par les ARS et concentrée autour des capacités des observatoires régionaux de santé.

1 - La dispersion des données

1 215 structures d'observation en région ont été recensées en 2010, dans un « état des lieux de l'observation en santé et de ses déterminants en région » réalisé à la demande de la direction générale de la santé, soit une moyenne de 47 par région. Parmi ces nombreux producteurs de données, les observatoires régionaux de santé (ORS)⁴¹⁶ ont une place souvent centrale. Dans le cadre de partenariats avec les collectivités territoriales et les associations des secteurs sanitaire, social et médico-social, ils collectent de nombreuses données, les traitent et réalisent des études sur la santé en région et ses déterminants.

Cette dispersion des acteurs se traduit par un manque d'harmonisation des outils d'observation et par une dispersion des moyens, dans un contexte de fragilité financière de ces structures, en

415. Sont transférées dans le nouveau sous-objectif les dépenses relatives au FIR, qui étaient jusqu'alors incluses dans les sous-objectifs des soins de ville, des établissements de santé et dans les « autres prises en charge ». De plus, deux dépenses relevant du FIR qui étaient en dehors du périmètre de l'ONDAM sont intégrées (81 M€ au titre des dépenses de prévention de l'assurance maladie et du financement de la démocratie sanitaire) [annexe 7 LFSS 2014]. L'article 44 de la LFSS prévoit en outre une possibilité de transfert réciproque entre le FIR et la dotation régionale relative à l'ONDAM dans la limite de 1 % de chacune des enveloppes.

416. Pour l'année 2012, le budget de l'ensemble des 26 ORS était de 18 M€. Au total, 340 salariés y travaillaient (247 ETP) au sein d'équipes pluridisciplinaires : médecins épidémiologistes ou de santé publique (ou internes), statisticiens, gestionnaires de bases données, démographes, géographes, sociologues, économistes, informaticiens, documentalistes.

particulier des ORS. Ainsi, la plupart des acteurs développent des systèmes d'information sans cohérence entre eux. Certaines ARS ont recruté du personnel compétent en observation et en statistiques (Ile-de-France, PACA, Bretagne, Picardie), alors que les ORS disposent également de personnels qualifiés.

2 - Une consolidation nécessaire du dispositif d'observation

L'évaluation des actuels projets régionaux et l'élaboration des prochains devront s'appuyer sur un dispositif d'observation régionale en santé refondé dont le pilotage doit être assuré par les ARS. La concentration de la production des données et la mutualisation des ressources sont indispensables pour permettre d'atteindre une taille critique en matière d'expertise.

Dans plusieurs régions, la création de plateformes d'observation sanitaire et sociale s'inscrit d'ores et déjà dans cet objectif.

La plateforme d'observation sanitaire et sociale de Picardie

La plateforme sanitaire et sociale de Picardie est financée par la direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale, l'ARS et le conseil régional de Picardie et animée par l'observatoire régional de la santé et du social de Picardie. Rassemblant une soixantaine d'organismes intervenant dans le domaine de la santé et du social, elle collecte et traite les données pour réaliser une observation de la santé à un niveau infra régional.

B - Simplifier et recentrer la programmation régionale

Les projets régionaux de santé devront être renouvelés en 2016, sans qu'il soit ni réaliste ni soutenable pour les équipes des ARS de réitérer un investissement similaire à celui de la période 2010-2012.

La procédure devrait être ainsi substantiellement allégée, de manière à aboutir à un document moins volumineux, plus accessible et lisible, ne contenant qu'un nombre limité de priorités et d'objectifs opérationnels, de manière à accentuer la transversalité des démarches et à intégrer davantage une approche en termes de parcours de santé.

Concernant l'architecture même du PRS, les schémas sectoriels pourraient dans cette perspective être supprimés et remplacés par un court schéma de l'offre (prévention, soins, médico-social) comprenant les seuls éléments opposables de planification, les autres éléments étant renvoyés au plan stratégique régional de santé (diagnostic, priorités, objectifs). Des

programmes (sous forme de plans d'actions précis) privilégiant une approche par parcours de santé (par population ou par thématique) et / ou par territoire pourraient compléter la démarche, en fonction des priorités de chaque région.

La simplification de la structure du PRS contribuerait, en outre, à alléger la procédure de consultation et à rendre plus opérante leur évaluation.

C - Intégrer pleinement l'assurance maladie dans la mise en œuvre régionale des politiques de santé publique

Pour que la politique en santé publique conduite en région soit efficace et efficiente, le rôle de pilote des ARS doit être clairement réaffirmé. Cela suppose en particulier que l'ensemble des acteurs inscrivent leurs actions dans le cadre des objectifs définis par les projets régionaux. Dans cette perspective, compétences et ressources doivent mieux converger entre assurance maladie et agences régionales.

L'assurance maladie dispose en effet de leviers puissants pour toucher les professionnels de santé, via par exemple les visites des délégués de l'assurance maladie et relayer les actions menées par les ARS. Il pourrait être même envisagé à terme, dans le cadre de la rémunération à la performance sur objectifs de santé publique⁴¹⁷ pour les médecins libéraux et dès lors que serait intervenue la diminution annoncée du nombre des régions, d'instaurer et de mesurer l'atteinte d'objectifs définis en fonction des priorités de santé régionales.

En tout état de cause, les financements de l'assurance maladie consacrés aux actions locales de santé publique doivent s'articuler pleinement avec ceux des ARS, au besoin en conférant à ces dernières un pouvoir décisionnel sur leur affectation.

La prochaine loi de santé qui doit être discutée au début de l'année 2015 offre l'opportunité de redéfinir sur ces différents plans la relation de l'assurance maladie avec les agences régionales de santé. Il est de la responsabilité du ministère de la santé de faire de cette convergence indispensable une priorité.

417. Cour des comptes, *Rapport public annuel 2012* « Le médecin traitant et le parcours de soins coordonnés », p. 203, La Documentation française, septembre 2012, p. 231-260, disponible sur www.ccomptes.fr.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

L'architecture extrêmement complexe des projets régionaux de santé telle que définie par le ministère ne pouvait que conduire à une démarche de préparation et d'adoption d'autant plus lourde qu'elle s'est inscrite dans un cadre de concertation à plusieurs niveaux.

Leur élaboration a mobilisé prioritairement les équipes des nouvelles agences régionales de santé depuis leur installation sans que ce premier exercice débouche sur une programmation réellement opérationnelle du fait de la multiplication d'objectifs non hiérarchisés ni sur une approche véritablement intégrée qui réussisse assez à dépasser les cloisonnements traditionnels entre secteurs et entre acteurs.

L'ambition d'exhaustivité qui avait pour fondement le souci d'une approche transversale de pratiquement l'ensemble des différents champs de la santé publique de manière à dessiner un parcours coordonné de soins pour les patients, de la prévention à la prise en charge médico-sociale, a été à cet égard un obstacle majeur pour la réussite même de cet objectif.

L'absence de stratégie nationale claire de santé publique au moment du lancement des travaux, un fonctionnement administratif encore trop cloisonné, la dualité paralysante entre ARS et organismes d'assurance maladie, la modestie de leviers financiers encore insuffisamment tournés vers la réduction des inégalités régionales de santé ont une très lourde part dans les difficultés rencontrées par les ARS.

À l'horizon de 2016, une simplification de l'exercice de programmation régionale apparaît indispensable. Les prochains projets régionaux ne devront contenir qu'un nombre limité de priorités, fondées sur une observation régionale en santé mieux outillée et plus experte.

Une mise en œuvre plus efficace suppose que le rôle de pilote des ARS soit clairement affirmé et que les interventions des différents acteurs s'inscrivent rigoureusement dans le cadre des objectifs définis par les PRS. De ce point de vue, un pouvoir décisionnel sur les actions de santé publique des organismes locaux d'assurance maladie devrait être conféré aux agences.

La future loi de santé offre un cadre pour remédier aux dysfonctionnements relevés par la Cour dont le ministère de la santé doit se saisir.

Si des évolutions fortes n'interviennent pas rapidement, le risque est grand en effet de démobiliser l'ensemble des acteurs régionaux et de mettre en question la valeur ajoutée des agences régionales de santé par rapport aux anciennes institutions qu'elles ont remplacées.

La Cour formule les recommandations suivantes :

53. simplifier les conditions d'élaboration des projets régionaux de santé autour d'un nombre limité de priorités ;

54. assortir obligatoirement ces dernières d'un chiffrage financier des actions inscrites au projet, compatible avec les contraintes de l'ONDAM ;

55. faire de l'observatoire régional de santé (ORS) l'opérateur de référence chargé de réaliser une observation globale et continue, ouverte à l'ensemble des acteurs en santé publique ;

56. supprimer les conférences de territoire ;

57. subordonner l'engagement d'actions de santé publique par les organismes locaux d'assurance maladie à l'accord des ARS ;

58. permettre un accès complet des ARS aux données du SNIIRAM.
