



MIDI - PYRÉNÉES



## Promotion de la santé et Agences régionales de santé

*Débats et propositions*



# Journée Régionale : ARS et promotion de la santé Débats et propositions en région Midi-Pyrénées

**Faculté de Médecine  
37 allées Jules Guesde  
Toulouse  
Mardi 24 mars 2009  
de 9h00 à 16h30**

# Promotion de la santé et Agences régionales de santé

<b>Discours d'ouverture</b>	<b>3</b>
<b>Discours introductif</b>	<b>7</b>
Un point général de la réflexion nationale et régionale	7
Présentation en synthèse des débats en région	8
<b>Introduction des ateliers</b>	<b>9</b>
<b>Echanges</b>	<b>10</b>
<b>Restitution des débats de chaque atelier et poursuite des échanges</b>	<b>12</b>
Atelier 1 : « Apports et périmètre de la promotion de la santé »	12
Atelier 2 : « Partenariats »	13
Atelier 3 : « Gouvernance et financement »	15
Atelier 4 : « Schéma et planification »	16
<b>Evaluation de la journée, perspectives et clôture</b>	<b>17</b>

# Discours d'ouverture

## **Alain GRAND, Président de la Conférence régionale de santé**

Je vous remercie d'être venus si nombreux. Nous sommes réunis aujourd'hui pour échanger sur la place de la promotion de la santé dans les futures ARS et donc sur la loi « Hôpital, patients, santé et territoires », qui vient d'être votée. Nous espérons pouvoir influencer sur son application à partir de nos réflexions. Nous vous avons remis le rapport de la Conférence nationale de santé sur les droits des usagers, ainsi qu'un article que nous venons de signer avec Sandrine Andrieu, en préliminaire aux Assises régionales sur la maladie d'Alzheimer de juin prochain.

## **Laurence BIRELICHIE, Directrice du CRES Midi-Pyrénées**

Je suis très fière de recevoir les instances régionales représentées respectivement par Monsieur Ramiro Pereira pour la DRASS et le GRSP, Monsieur Pierre Gauthier pour l'Agence Régionale de l'Hospitalisation et Monsieur Daniel Fernandez pour l'Union Régionale des Caisses d'Assurance-Maladie. Le CRES a reçu le soutien de la Société Française de Santé Publique pour l'organisation de cette journée. Je remercie également l'INPES pour la présence aujourd'hui de Madame Annick Fayard, Responsable du service d'aide au développement de l'éducation pour la santé et de l'éducation thérapeutique.

Les débats se dérouleront dans différents ateliers :

- L'atelier 1, « Apports et périmètre de la promotion de la santé », sera animé par le Professeur Jean-Louis San Marco, Président de la Fédération Nationale des Comités d'éducation pour la santé ; j'en serai le rapporteur.
- L'atelier 2, « Partenariats », sera animé par Madame Annick Fayard de l'INPES ; le rapporteur sera Madame le Docteur Dorothee Querleu, Médecin conseiller technique auprès de l'Inspection d'Académie de la Haute-Garonne.
- L'atelier 3, « Gouvernance et financement », sera animé par Madame Nadine Pascon, chargée de mission à l'URCAM Midi-Pyrénées ; le rapporteur sera Monsieur Emmanuel Ricard, Délégué Général de la SFSP.
- L'atelier 4, « Schéma et planification », sera animé par Madame le Docteur Françoise Jabot, enseignante-chercheuse à l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique de Rennes. Les rapporteurs seront Madame le Docteur Fanny Delon, médecin à l'Education Nationale et Monsieur le Docteur Eric Regnaut, médecin inspecteur de santé publique à la DDASS du Gers.

## **Pierre GAUTHIER, Directeur de l'ARH Midi-Pyrénées**

Je suis honoré de m'exprimer devant une assemblée aussi nombreuse et d'une telle qualité. Mon propos porte sur l'objet en devenir que sont les Agences Régionales de Santé. La loi a été votée à l'Assemblée nationale le 18 mars 2009, mais les discussions devant le Sénat doivent encore avoir lieu, pour une promulgation de la loi aux alentours de la deuxième quinzaine du mois de juin.

En préambule et pour dissiper toute ambiguïté, je souhaite souligner que les ARS n'auront rien à voir avec l'ARH. La création des ARS a été difficile car elle est au carrefour de plusieurs problématiques politiques :

- la réorganisation des services de l'État,
- la réforme de l'État territorial,

- la RGPP,
- la réforme des rapports entre l'État et l'Assurance-maladie,
- les rapports entre l'État, l'Assurance-maladie et les collectivités territoriales, dans le cadre d'une politique de décentralisation, sachant que le *statu quo* s'est installé dans ce contexte de difficultés financières.

Les ARS seront le fruit de la fusion de sept composantes : le GRSP et la MRS ; l'URCAM et l'ARH ; les DRASS, les DDASS et l'Assurance-maladie (CRAM et DRSM).

Cette fusion s'inscrit dans une histoire, qui a commencé en 1977, lorsque l'État a fusionné trois de ses services régionaux pour créer les DRASS. Ensuite, les ARH ont été instaurés, avec un système de mise à disposition collective, comme un GIP qui unit l'État et l'Assurance-maladie. *A contrario*, l'ARS sera un établissement public national et les pouvoirs de son Directeur seront infiniment plus étendus que ceux du Directeur de l'ARH.

L'intérêt de cette réforme est sa lisibilité, sa cohérence (entre le domaine des soins et celui des alternatives aux soins, dans la permanence des soins entre l'hôpital et la ville) et donc son efficacité.

La promotion de la santé sera l'une des attributions de l'ARS, au travers d'une commission spécialisée.

### **Daniel FERNANDEZ, Directeur de l'URCAM Midi-Pyrénées**

Je rappelle tout d'abord que les ARS ne seront opérationnelles que dans quelques mois.

Je souhaite évoquer le contexte et les objectifs de l'Assurance-maladie dans le cadre de la promotion de la santé au travers deux exemples que sont le CAPI (Contrat d'Amélioration des Pratiques Individuelles) et SOPHIA qui est un programme expérimental d'accompagnement et de conseil aux personnes diabétiques.

La promotion de la santé a toujours été une préoccupation de l'Assurance-maladie, et même l'une de ses missions prioritaires avec la gestion du risque et l'accompagnement des patients pour un système de qualité. Ces missions sont fixées en accord avec l'État dans des conventions d'objectifs et de gestion, qui donnent lieu à des négociations avec les organismes nationaux. Notre action se déroule dans ce cadre.

La conception de la promotion de la santé, de la prévention et de la gestion du risque a fortement évolué depuis la mise en place du GRSP (Groupement Régional de Santé Publique). L'ARS s'inscrit dans cette continuité.

Monsieur Gauthier a évoqué la création des ARH dans l'historique. Nous pouvons y ajouter la création des URCAM, qui regroupe tous les régimes d'Assurance-maladie.

Pour l'Assurance-maladie, la promotion de la santé et la prévention doivent être totalement intégrées dans le processus même de gestion du risque, et être gérées en mode projets, avec des objectifs précis et évaluables aussi bien en termes d'amélioration de la santé qu'économiques.

### **1. Le programme de santé pour les personnes diabétiques SOPHIA**

A partir d'études très précises de la Caisse nationale sur la base d'expériences internationales qui ont prouvé leur efficacité au regard de l'amélioration de la santé et des coûts, ce programme

s'appuie sur une plate-forme téléphonique de conseils personnalisés donnés par des infirmiers sous la responsabilité de médecins, en étroite collaboration avec les médecins traitants. Midi-Pyrénées est une région pilote et Albi, qui est une des deux plates-formes, recrutera à terme plus de soixante infirmiers pour mener à bien cette mission. Ce programme, qui est une première en France, sera évalué d'ici deux ans et étendu à d'autres maladies chroniques s'il prouve son efficacité.

## 2. Le CAPI

Le Contrat d'Amélioration des Pratiques Individuelles est un dispositif législatif qui va être rebaptisé Programme d'évolution des pratiques vers la qualité. Les médecins traitants bénéficient de l'accompagnement des médecins-conseils de l'Assurance-maladie et des DAM (Délégués de l'Assurance-maladie), visiteurs médicaux du service public.

La promotion de la santé est pour l'Assurance-maladie un programme d'acquisition des compétences et d'actions permettant aux patients et aux acteurs du système d'agir avec efficacité, c'est-à-dire en tenant compte des coûts. Les facteurs déterminants de la santé ne dépendent pas exclusivement des conditions sanitaires ou médicales des patients mais aussi sociales, culturelles, économiques et des comportements individuels. Nous devons constater aujourd'hui que la surmédicalisation pratiquée en France, notamment des problématiques sociales, n'a pas permis la réduction des inégalités.

Une autre approche doit donc être envisagée. L'Assurance-maladie préconise :

- le rééquilibrage entre les dépenses sanitaires et de prévention ;
- une démarche globale de soin et de prévention ;

L'action de l'Assurance-maladie s'inscrit dans la politique générale de santé de l'État, sur des programmes qui la concernent :

- les maladies chroniques, facteur capital des dépenses de santé dans les années à venir ;
- l'amélioration des pratiques médicales, sans augmentation systématique du coût.

Au niveau régional, l'Assurance-maladie participe au GRSP, par l'apport de financements directs (de l'ordre de 1,7 million d'euros), d'investissements dans les programmes de dépistage et de financements indirects par la gestion du risque. Ces dernières dépenses doivent être contrôlées et évaluées dans un cadre cohérent et organisé, et non attribuées de façon automatique et aveugle comme aujourd'hui.

L'Assurance-maladie s'appuie sur un cadre conventionnel avec les professionnels de santé, et en particulier les médecins. La prévention et la promotion de la santé constituent depuis quelques années l'un des engagements partagés. Elles se traduisent par l'introduction de certains objectifs de santé publique, comme le taux de dépistage de cancer du sein, la vaccination anti-grippale, les prescriptions de traitements médicamenteux et le suivi des maladies chroniques.

Les médecins traitants volontaires s'engagent à rendre compte de leurs pratiques. Ils percevront un forfait pour le temps passé à convaincre leurs patients des démarches de prévention adaptées. Cette démarche globale est totalement nouvelle.

L'objectif du projet régional des territoires est de capitaliser sur les bonnes pratiques des trois réseaux de l'Assurance-maladie, de l'État et de l'ARH.

**Ramiro PEREIRA, Directeur de la DRASS Midi-Pyrénées**

Je souhaite évoquer la réflexion unifiée par la Société française de santé publique, l'INPES et la Conférence régionale de santé sur la place de la promotion de la santé dans les ARS.

Avec la grande loi de réforme hospitalière en 1991, les ordonnances Juppé, la loi de 2002 sur les Droits des usagers et les premiers éléments de « démocratie sanitaire », la loi de 2004 sur les stratégies de santé publique, la création des ARS s'inscrit bien dans une démarche de continuité et de cohérence.

Nous sommes confrontés aujourd'hui à des indicateurs de santé qui ne sont pas au niveau souhaité. Nous sommes donc contraints de constater que les politiques de santé sont encore trop marquées par l'approche curative.

Le dispositif des ARS va permettre une meilleure approche de la gouvernance des politiques de santé, en s'appuyant sur un périmètre de compétences très larges afin de tisser des liens entre les acteurs (collectivités territoriales, grands opérateurs, associations) sur des territoires qui restent à constituer. L'objectif de la politique de santé publique doit permettre de maîtriser les dépenses de santé tout en améliorant l'efficacité des moyens de sauvegarde de la santé de nos concitoyens.

Notre expérience de gestion des dispositifs de santé montre notre incapacité à gérer correctement les multiples interfaces des instances de santé actuelles. Au-delà de l'organisation, les pratiques et les stratégies mises en œuvre seront déterminantes.

# Discours introductif

## Un point général de la réflexion nationale et régionale

**Emmanuel RICARD, Délégué général de la SFSP**

Pourquoi avoir monté ces groupes de réflexion régionaux ?

### **1. La loi « Hôpital, patients, santé et territoires »**

Cette loi est votée au moment où la loi de santé publique de 2004 aurait normalement dû être évaluée, ce qui n'est pas anodin en termes de gouvernance et de structuration de la réflexion. De nouveau, de grandes idéologies vont être mises en place à tous les échelons simultanément, sans évaluation préalable.

Aujourd'hui, les maladies aiguës déclinent au profit des maladies chroniques, ce qui pose la question de l'articulation entre la prévention et les soins. La loi qui était à l'origine « patients, santé et territoires » devient une loi sur l'hôpital, donc sur les soins. La question de l'organisation des soins en France cannibalise de nouveau le reste.

Quant au problème lexical, les rapports Bur, Ritter et Flageolet, remis l'an dernier sur la promotion de la santé, ne font pas la distinction entre la santé publique, la prévention, la promotion de la santé et la veille sanitaire.

### **2. Avec quels acteurs ?**

A la lecture de la loi, seuls les acteurs médicalisés sont concernés. Le Ministère considère que rien n'empêche les autres acteurs d'être présents.

Toutefois, la désertification amène à se poser la question de la place de la médecine générale en tant qu'acteur de la santé primaire, sachant que l'approche libérale ne suffira plus.

Sur les questions de prévention et de santé publique, la SFSP a lancé des débats sur la place de l'alcool, de la publicité télévisée en direction des enfants pour des aliments gras ou sucrés. Les acteurs de santé ne doivent-ils être que des opérateurs d'éducation pour la santé ou des acteurs de défense des intérêts de la santé publique par la promotion de la santé ? Tout le système de santé français est actuellement structuré autour de la réparation.

Des acteurs tels que les médecins du travail ou de la santé scolaire ne font pas partie du périmètre défini. Sept organismes vont fusionner pour constituer l'ARS. Que vont devenir les autres organismes en termes de financement et de territoires ?

L'un des piliers de la loi de 2004 était la démocratie sanitaire. Aujourd'hui, la Conférence régionale de santé est dépouillée. Comment la démocratie sanitaire va-t-elle être prise en compte dans les ARS ?

Les enjeux territoriaux posent la question de la région, au moment où est publié le rapport Balladur sur les territoires. La région est-elle une entité administrative, électorale, identitaire ? Comment articuler les trois niveaux ?

Le GRSP a structuré des modes de fonctionnement en termes d'intersectorialité, de modalités de financement, de partage d'informations, d'évaluation, en arrêtant le saupoudrage au profit d'une véritable politique de santé publique. Deux ans ont été nécessaires pour que les règles du GRSP soient comprises ; les modifier aujourd'hui risque d'entraîner cinq ans de retard.

Au chapitre des modalités financières se trouve la question de l'éducation thérapeutique qui constitue un enjeu entre les agences, les acteurs de la promotion de la santé et les acteurs du soin. Or, une continuité est nécessaire lors de la redistribution des cartes entre les acteurs, de moins en moins nombreux. Seuls les acteurs médicaux sont pris en compte et la question de la place et de la légitimité des éducateurs est pour l'instant éludée, malgré le contexte de désertification.

Trois types de programmes existent :

- éducation thérapeutique à destination des professionnels de santé ;
- accompagnement à destination des associatifs ;
- outils ou modalités de soins particuliers conçus par des laboratoires.

La Société française de santé publique, en tant qu'association reconnue d'utilité publique, a lancé les débats en régions en dehors de toute attitude corporatiste, le rassemblement étant un enjeu fondamental.

## **Présentation en synthèse des débats en région**

### **Daniel OBERLE, Chargé de mission SFSP**

Depuis la restructuration de la SFSP en 1991 et la création de sociétés régionales, la SFSP essaie de créer des espaces d'échanges entre les professionnels, les bénévoles, les acteurs de santé publique au sens large du terme. Le projet de loi a offert l'opportunité d'organiser des débats dans les 26 régions françaises.

Pour coordonner les débats, nous nous sommes appuyés en priorité sur nos quatre sociétés régionales puis sur les CRES / CODES et la Mutualité française par exemple. Le vote de la loi étant repoussé au 15 juin 2009, nous avons assoupli le calendrier afin d'obtenir un maximum de contributions.

Un site Internet spécifique a été créé ([www.sfspenregion.fr](http://www.sfspenregion.fr)) afin de créer du lien entre les régions, de valoriser l'action et les propositions des régions, d'informer sur l'actualité et le suivi des différents rapports, de recenser de nouveaux contacts mais également d'instituer un langage commun.

Ayant laissé aux régions l'initiative quant aux modalités du débat, certaines ont choisi le niveau régional, d'autres le niveau départemental. Quatorze contributions sont déjà sur le site Internet. La plupart des régions ont choisi de débattre sur trois à quatre enjeux parmi les huit proposés. Tous les enjeux sont couverts sur l'ensemble du territoire.

Les contributeurs viennent d'horizons très différents (services déconcentrés de l'État, Assurance maladie, hôpital, universités, CRES / CODES, associations de patients, associations thématiques, Education nationale, secteur libéral).

Une première synthèse sera présentée lors des Journées de prévention de l'INPES selon quatre thèmes :

- l'amélioration de la qualité des interventions ;
- la contractualisation avec les acteurs ;
- l'intersectorialité
- la contribution à la réduction des inégalités de santé.

Ce dernier thème n'est pas forcément le plus traité par les professionnels de santé, centrés sur la préoccupation de leur propre devenir.

Les huit enjeux définis sont :

- Apports et périmètre de la promotion de la santé (nécessité de préciser le sens des mots pour un langage commun).
- Reconnaître les acteurs de la promotion de la santé et faciliter le développement de leurs compétences (Qui sont-ils ? A quel niveau interviennent-ils ? Qualité des actions, formation, séparation entre décideurs et opérateurs).
- Gouvernance de la promotion de la santé dans les ARS : démocratie et temporalité (Conférence régionale de santé : Avec qui ? Avec quels moyens ?).
- Un financement adapté (vertueux, fiable, durable, solide...) de la promotion de la santé.
- Accompagnement de la mise en oeuvre de la politique de promotion de la santé (un volet Promotion de la santé bien identifié, des pôles de compétences, lien avec les ARS et les collectivités territoriales).
- Structures et interventions qui contribuent à promouvoir la santé (Quelle reconnaissance ?).
- Intersectorialité (liens entre la santé, le social et le médico-social).
- Complémentarité des interventions en santé auprès des populations (inégalités de santé, choix collectifs et individuels, approches par pathologie, facteurs de risques et facteurs positifs de santé).

## **Emmanuel RICARD**

J'ajoute qu'en complément des Journées de la prévention de l'INPES, le Congrès de la Société française de santé publique se tiendra du 1<sup>er</sup> au 3 octobre. En juin, nous produirons une synthèse des contributions régionales, qui sera publiée sur le site Internet, et dont vous serez tous destinataires. Trois groupes de travail se sont montés autour de la loi. L'un dirigé par François Bourdillon, Président de la SFSP, sur la question des définitions et de l'organisation, un autre sur la compétence des acteurs, le dernier sur les inégalités de santé. Ces trois commissions essaient de faire avancer la réflexion au sein du Ministère et les décrets d'application, qui sont en cours de rédaction.

## **Introduction des ateliers**

### **Alain GRAND**

Nous avons regroupé ces huit thèmes en quatre ateliers.

Concernant l'atelier 1, nous devons nous rappeler que le système de santé ne peut résoudre tous les problèmes sociétaux. Nous devons donc veiller, lors de la définition du périmètre, à ne pas trop l'élargir.

Concernant l'atelier 2, la question du périmètre se pose également. Nous avons évoqué la santé scolaire et la PMI qui sont dans des secteurs d'obédience différente de l'ARS.

Concernant l'atelier 3, la question de l'indépendance des CRS est primordiale. Contrairement à ce que disait Emmanuel Ricard, je ne pense pas que nous soyons dépouillés. Nous souhaitons que les prérogatives supplémentaires qui nous sont attribuées soient assorties des moyens nécessaires pour les exercer. La question porte donc sur la capacité des CRS à avoir un budget indépendant de celui des ARS, que les CRS devront gérer.

Concernant l'atelier 4, les futurs schémas doivent être raisonnables, quantifiés et mesurables, et non représenter un simple catalogue de bonnes intentions.

## **Echanges**

### **Gérard TUDO, Président de la CPAM de Foix**

Je remercie Monsieur Ricard pour son intervention synthétique mais soutenue par des faits avérés. J'ajoute, sans esprit polémique, trois remarques :

Je m'étonne que cette loi soit mise en application sur le territoire avant la fin des débats parlementaires. En tant que démocrate, ce procédé me gêne.

Le projet de loi est vidé de sa substance au fil des différents amendements et aboutit finalement à 160 décrets.

Que deviennent les financeurs dans les instances décisionnaires des ARS ? Pourquoi les financeurs ne figurent-ils pas aux Conseils d'administration de l'hôpital ?

### **Emmanuel RICARD**

Je partage l'avis de Monsieur Tudo sur ces trois points. La volonté est de faire évoluer dans un court délai, d'où la mise en place de la réforme avant la fin des débats. Ce procédé pose les questions de déconcentration, de décentralisation et de démocratie sanitaire. La CRS est-elle conçue comme un contre-pouvoir du Directeur de l'ARS ? Le projet de loi a-t-il été dégrossi pour des raisons techniques ou pour faciliter la compréhension du législateur ou pour d'autres enjeux ? Le travail sur les décrets est fondamental.

Concernant les financeurs, nous avons choisi de ne pas parler de l'hôpital car sinon – l'expérience le prouve – il occupe tout le débat.

### **Bernard BROS**

Concernant la coordination des programmes de prévention et d'éducation pour la santé, Gilles Duhamel définit notre système comme centralisé, cloisonné, complexe, en raison de l'empilement de structures sans coordination entre elles. Or, l'organisation des ARS reste encore trop pyramidale.

## **Daniel OBERLE**

Nous pointons ce problème également. Les objectifs de la Conférence régionale de santé ne sont pas connus, le Conseil de surveillance est en cours de structuration, le texte de loi est encore très flou. Les débats en région alimentent ceux qui rédigent les décrets mais fournissent aussi des éléments à ceux qui appliqueront cette loi. Pour autant, la promotion de la santé n'est portée par aucune parole collective.

## **Emmanuel RICARD**

Il nous semble primordial qu'au sein de l'ARS, un pôle soit dédié à la coordination des acteurs en vue d'une culture en commun, d'une clarification des enjeux et des modalités de fonctionnement. Aujourd'hui, les différents acteurs, qu'ils soient privés ou publics, adoptent des attitudes plutôt corporatistes.

### **Un participant**

Quelle est la place des acteurs de santé qui ne sont actuellement pas remboursés par la Sécurité sociale (psychologues, ostéopathes...) ?

## **Emmanuel RICARD**

Malgré le contexte de restrictions budgétaires, la question se pose car tous les actes ne pourront plus être assurés par des médecins pour des raisons démographiques. Des solutions de remplacement doivent être trouvées et une réflexion sur les compétences se met en place.

### **Un participant**

Des actions d'éducation médicales et paramédicales sont menées dans les établissements, privés notamment. Comment les mener sans les professions associées (psychologues, kinésithérapeutes etc.) ? Celles-ci ne sont actuellement remboursées ni aux patients ni aux intervenants, ni aux établissements. L'éducation et la promotion de la santé doivent être reconnues.

## **Alain GRAND**

Cette intervention pose la question plus générale de l'autonomisation des régions, qui peut entraîner par ailleurs des inégalités.

## **Pierre-Jean GARCIA, Président de la Mutualité de Midi-Pyrénées**

Je précise qu'un certain nombre d'organismes complémentaires remboursent désormais les pratiques non prises en charge par l'Assurance-maladie. Ces organismes requièrent une visibilité sur les formations diplômantes de ces praticiens. Les patients étant de plus en plus méfiants par rapport à l'allopathie, une ouverture est possible vers ces nouvelles disciplines thérapeutiques.

*La séance plénière est suspendue de 11 heures 25 à 15 heures 20.*

# Restitution des débats de chaque atelier et poursuite des échanges

## **Atelier 1 : « Apports et périmètre de la promotion de la santé »**

### **Laurence BIRELICHIE**

Chacun s'est tout d'abord exprimé sur la façon d'éclairer le périmètre de la promotion de la santé à partir de sa propre pratique. Nous avons été confrontés au problème lexical. La loi propose la définition de l'OMS, mais d'autres approches sont possibles, qu'elles soient territoriales, populationnelles, thématiques... Nous avons défini l'éducation pour la santé comme étant un des moyens de contribuer à la promotion de la santé.

Nous avons échangé sur la mise en œuvre (prématurée à enlever) sur le terrain de la promotion de la santé et sur la question notamment des démarches descendantes ou ascendantes.

Ensuite, nous avons abouti à une définition du périmètre de la promotion de la santé, comme « une ligne qui définit le concept, de ce qui relève de la promotion de la santé et de ce qui contribue à la promotion de la santé ». Que mettons-nous à l'intérieur de cette ligne ? Notre réponse est « tout le monde » : tous les publics, professionnels, sanitaires, sociaux, éducatifs quel que soit leur lieu d'exercice ou d'intervention. Nous avons souhaité rappeler ainsi la notion fondamentale de la participation.

Le cadre de la loi nous a amenés à une recherche identitaire par rapport à nous-mêmes, à nos relations professionnelles, avec les décideurs et les élus. Ce temps fort de la réflexion est en tension avec une autre conception relative à la manière de considérer la ligne, avec une ARS toute puissante, relevant davantage d'une commande publique. Or, selon nous, l'innovation sociale fait partie du champ de la promotion de la santé. Dès lors, l'interdisciplinarité doit être reconnue, par le biais d'un travail en réseau qui s'inscrit dans la durée.

Nous pensons que des méthodologies spécifiques et des indicateurs d'évaluation adaptés au champ de la promotion de la santé doivent être élaborés, pour répondre à la nécessité impérieuse d'évaluer ce qui est fait.

Concrètement, nous proposons que le Pôle de promotion de la santé au sein de l'ARS soit un espace de Ressources – au sens de l'expertise, du soutien et du conseil notamment méthodologique – et de coordination afin de permettre les échanges de l'ensemble des acteurs.

### **Alain GRAND**

Vous avez choisi de ne pas définir le périmètre comme une frontière. Or, tout ne relève pas du système de santé en tant que tel. Des débats ont eu lieu à la Conférence pour définir cette limite.

### **Daniel OBERLE**

Je suis d'accord sur le fond mais donner un certain périmètre à la promotion de la santé contribue aussi à bien l'identifier.

## **Alain GRAND**

Certains secteurs sont du ressort de notre compétence ; dans d'autres, nous sommes juste des témoins. Certains encore sont intermédiaires (par exemple l'alcoolisme).

## **Jean-Louis SAN MARCO**

Il nous a semblé important de préciser ce que nous voulions faire dans l'ensemble des champs disciplinaires. Il nous est apparu trop réducteur, et en tout cas prématuré, de marquer les frontières.

### **Atelier 2 : « Partenariats »**

#### **Dorothee QUERLEU**

Nous nous sommes totalement inscrits dans la réflexion de l'atelier 1, et avons posé les questions suivantes :

Quels seraient les partenariats absolument nécessaires à l'ARS pour élaborer une politique de santé dans la région ? Quels acteurs ?quels interfaces ?Quelles articulations ? Quel cadre de références partagées ?

Nous sommes partis de la définition du partenariat, en le distinguant de la commande publique et en la différenciant d'une sous traitance par une prestation de service ponctuelle. La définition que nous avons retenue est : « travailler ensemble dans une alliance de compétences pour une plus value sur un objectif donné ».

Les questions soulevées ont été la définition de la place de chacun, le problème des financements et celui des agréments, les liens et articulations nécessaires entre les différents partenaires, institutionnels ou non, pour une meilleure cohérence d'action et une meilleure lisibilité

A partir de là, nous avons défini deux niveaux de partenariat :

- Au niveau de la réflexion sur l'élaboration des politiques de santé : au sein de la CRS et en proposant d'étendre les conférences de territoire qui régissent les soins en Midi-Pyrénées à la promotion de la santé, dans le but d'élaborer une politique partenariale la plus proximale possible, pour lutter contre les inégalités de santé.
- Au niveau de la mise en œuvre :. Une fois ces politiques élaborées, la mise en œuvre concertée par l'alliance des compétences et des ressources supposent du temps et des moyens identifiés et pérennes (temps dédiés, formations communes, animations de ces politiques...). Les partenariats doivent en effet être organisés et formalisés pour qu'ils soient actifs.

Par conséquent, la question de la contractualisation se pose. Des relations informelles et interpersonnelles existent entre les différents acteurs mais il semble nécessaire, dans le cadre de l'ARS, de passer par la contractualisation pour pouvoir faire levier.

Les membres de cet atelier préconisent :

- de mettre en place une plateforme ressources en promotion de la santé, reconnue, qui permette et organise
  - des financements pérennes,
  - des agréments et des référentiels de compétences pour un travail éthique

et de qualité

- une réunion et un recensement des compétences
- des échanges de pratiques
- documentation, formation, culture commune
- et qui fournisse méthode, accompagnement, aide à l'évaluation

- que l'ARS tisse des liens formalisés avec les Ministères ayant un impact sur la santé, et les collectivités territoriales (Conseils régionaux, Conseils généraux, villes) ;
- de favoriser l'accès et le développement de la formation à la promotion de la santé, tant initiale que continue, à tous les professionnels de santé qui doivent appliquer les politiques de santé publique ;
- que l'ARS utilise les dispositifs existants : les CESC pour l'Education nationale ou les ASV pour les villes par exemple ;
- que l'ARS s'entoure de compétences, y compris extérieures, pour animer et développer les partenariats ;
- que l'ARS mette en valeur le travail partenarial de promotion de la santé, car il est insuffisamment valorisé à ce jour ;
- que l'ARS travaille avec les élus locaux.

Nous avons suggéré que la PMI, la santé scolaire et la santé au travail soient représentés dans la gouvernance des ARS. Mais cette question relève de l'atelier 3.

### **Alain GRAND**

A priori, l'atelier 3 n'a pas abordé cette question de représentation des partenariats au sein de la gouvernance. Je vous pose donc la question : comment doivent être représentés les services ancrés dans la santé au sein de l'ARS ?

### **Daniel OBERLE**

Ils sont représentés par les commissions médico-sociales et de prévention, dont l'objectif est de créer du lien avec la PMI, la santé scolaire, la santé au travail etc. Cet objectif est inscrit dans la mouture du 18 mars.

### **Alain GRAND**

Idéalement, des Conférences territoriales devraient être mises en place, mais jusqu'ici elles étaient exclusivement hospitalières et elles fonctionnaient peu.

### **Daniel OBERLE**

Le projet « Hôpital, patients, santé et territoires » couvre les champs du soin, du médico-social et de la prévention.

### **Alain GRAND**

Mobiliser les acteurs au niveau territorial, pour répondre aux ambitions démesurées des textes de loi, est très difficile.

### **Atelier 3 : « Gouvernance et financement »**

#### **Emmanuel RICARD**

Nous sommes partis des conflits d'intérêt. Le Directeur de l'ARS sera responsable devant le Conseil de surveillance, dont le Président est le Préfet. Un premier paradoxe apparaît puisque l'État contrôle l'État. L'évaluation sera de type gestionnaire alors qu'elle devrait également porter sur la stratégie politique, au-delà de l'évaluation budgétaire. Aussi, faut-il confier au Préfet la Direction de ce Conseil de surveillance ? L'organisation et les rôles d'acteurs sont, selon nous, à revoir.

La même question se pose au sujet de la place, du rôle et des moyens de la CRS. Pour garantir son indépendance, la CRS doit disposer d'un budget autonome, qui ne dépende pas du Directeur de l'ARS.

Au regard de la régionalisation mise en place par la création de l'ARS, se pose la question des objectifs : réduction des inégalités ou gestion administrative ? Le Directeur aura-t-il un simple rôle de déclinaison régionale d'une politique nationale ?

Quelle est la représentation des différents acteurs face aux conflits de représentativité des usagers, de certaines pathologies ? Qui régule ce jeu d'acteurs ? Quelles sont les compétences requises et sont-elles définies au niveau national ou local ?

Concernant les financements, nous avons évoqué l'inter-fongibilité asymétrique, qui garantit que les fonds de la prévention ne retournent pas aux soins au niveau régional. Or, pour pouvoir assurer un contrôle sur les fonds, il faut en connaître le montant. Aujourd'hui, nous n'avons pas de système d'information ni de veille pour assurer cette visibilité, tant au niveau macroscopique que régional.

Jusqu'à présent, la santé relève du pouvoir régalien. Pour éviter que des inégalités apparaissent, le périmètre des pouvoirs du Directeur de l'ARS doit être parfaitement défini.

Les membres de l'atelier préconisent de sortir de la politique de l'annualisation car la pérennité des financements est nécessaire pour une meilleure visibilité. Le secteur préventif ne doit pas constituer une variable d'ajustement.

#### **Alain GRAND**

Nous sommes impressionnés par le mille-feuilles d'instances institutionnelles qu'est le système de santé actuellement, au niveau régional. C'est pourquoi la mise en cohérence des différents systèmes d'information nous semble un enjeu crucial.

Le jeu de rôles entre le Directeur de l'ARS – assisté d'un Directoire –, le Conseil de surveillance présidé par le Préfet de Région et la CRS dont la composition est encore incertaine, n'apparaît pas clairement dans la loi. La composition de ces différentes instances sera déterminante. Nous pouvons nous étonner que l'État soit représenté dans les CRS. Une clarification est nécessaire car la confusion des rôles génère des conflits de pouvoir, néfastes au travail de terrain.

#### **Daniel OBERLE**

J'ai entendu plusieurs fois au cours de la journée que le budget de la CRS devait être indépendant. Or, il sera de toute façon issu de l'État. Le budget doit avant tout être fixe et non soumis à la décision du Directeur de l'ARS.

## **Alain GRAND**

Le coût réel d'une Conférence régionale de santé n'est pas connu car elle émerge sur d'autres budgets (ceux des institutions dont les membres sont issus). La garantie d'autonomie budgétaire me paraît donc primordiale dans nos relations avec l'État.

### **Atelier 4 : « Schéma et planification »**

#### **Eric REGNAUT**

L'ARS devrait être :

- un pivot de production d'information et d'organisation pour la promotion de la santé,
- un espace d'échange et de coordination entre les différentes institutions et acteurs précédemment cités,
- un lieu de renforcement des compétences des acteurs,
- un lieu d'identification des stratégies par la production de référentiels.

L'ARS doit s'appuyer sur les travaux des pôles de compétences des régions, pour le conseil méthodologique, la formation, la documentation, la communication.

Les différentes étapes de la planification doivent être :

- Le diagnostic partagé : le partage d'information est complexe car la production de données n'est pas harmonisée. Le Plan régional de santé publique doit constituer une base de travail pertinente pour l'analyse des indicateurs communs et comparables.
- La définition des priorités, du niveau local au niveau régional, en termes de cadrage et de sens à donner à l'action des territoires. Le rôle de l'ARS serait de donner un cadre régional à ces priorités.
- La mise en œuvre : le passage d'un schéma d'orientation générale à des programmes objectifs, déclinés en actions. Un outil de planification et des compétences pour le piloter sont absolument nécessaires.
- L'évaluation : elle est indispensable. Nous devons distinguer entre les acteurs de terrain – qui s'appuient sur l'identification des processus – et l'échelon régional qui évalue les résultats sur l'état de santé de la population et sur la politique régionale.

L'ARS est perçue comme un lieu entre la recherche et l'action (en cela, elle doit nouer des partenariats avec l'Université), un lieu d'échanges avec d'autres champs (la culture à l'hôpital par exemple). Son rôle de sensibilisation auprès des élus, pour des actions plus proches des territoires et qui s'inscrivent dans la durée, est également jugé primordial.

#### **Alain GRAND**

Je retiens la nécessaire convergence des systèmes d'information. Des décisions globales ne sont possibles qu'à partir de données globales. Cet objectif est pragmatique et réalisable.

La loi prévoit que le Directeur de l'ARS rende compte de la gestion du risque, et donc de l'utilisation des fonds de l'Assurance-maladie.

Le saupoudrage territorial et thématique s'avère finalement totalement inefficace car les montants sont infimes. Il nous semble donc important de définir des profils types de territoires pour tel type d'action avec tel type de financement.

**Daniel OBERLE**

J'ajoute le besoin de clarification sur la manière dont sont définies les priorités car aujourd'hui, les critères ne sont pas connus, tout comme la façon de passer des priorités à la programmation. La relation entre les deux est parfois difficilement compréhensible. Des compétences sont donc à développer à ce niveau-là.

## **Evaluation de la journée, perspectives et clôture**

**Alain GRAND**

Je me réjouis de la mobilisation de la Conférence et de ses partenaires, qui prouve le besoin et la dynamique existants.

Je remercie la SFSP de nous avoir invités à cette réflexion, Jean-Louis San Marco, Président de la CRS PACA, le CRES Midi-Pyrénées, en tant qu'acteur-clé de cette session.

La SFSP a la charge de relayer nos contributions auprès des assemblées représentatives, puis auprès du Ministère de la santé pour une application concrète dans les décrets d'application.

*La séance plénière est levée à 16 heures 25.*

**Document rédigé par la société Ubiquis - Tél. 01.44.14.15.16 - [http: >> www.ubiquis.fr](http://www.ubiquis.fr) - [infofrance@ubiquis.com](mailto:infofrance@ubiquis.com)**

## **INDEX**

*L'orthographe des noms qui figurent sur la liste suivante n'a pu être vérifiée :*

Pierre-Jean GARCIA ..... 11