

Conférence nationale de santé

Avis du 29.11.07 relatif à l'introduction d'agences régionales de santé dans la gouvernance régionale et territoriale des politiques de soins et de prévention :

HUIT CRITÈRES POUR JUGER DE L'INTERÊT DES ARS

Les lois de décentralisation du début des années 1980, puis les ordonnances « Juppé » de 1996 ont profondément transformé la gouvernance régionale et territoriale des politiques de soins et de prévention. Plus récemment, d'autres textes ont révélé de nouvelles évolutions, en particulier :

- en 2002, la loi rénovant l'action sociale et médico-sociale et la loi sur le droit des malades et la qualité du système de soins ;
- en 2003, l'ordonnance portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ;
- en 2004, la loi relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées, la loi de santé publique, la loi de réforme de l'assurance maladie et la loi sur les libertés et les responsabilités locales ;
- en 2005, la loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées et la loi relative au développement des territoires ruraux ;
- en 2007, la loi réformant la protection de l'enfance.

A ces textes, s'ajoutent les différentes lois sur l'organisation territoriale et l'intercommunalité (dites Pasqua, Chevènement ou Voynet) ou les lois de financement de la sécurité sociale.

Au final, la gouvernance régionale et territoriale est aujourd'hui d'une telle complexité que sa seule gestion absorbe une bonne partie de l'énergie des acteurs du système de santé, à l'heure où, pourtant, la démographie des professionnels de santé a tendance à fléchir.

LES ELEMENTS CLES DU CONSTAT

Faute de pouvoir être exhaustif, trois dimensions ont été privilégiées pour caractériser la gouvernance actuelle : sa logique d'organisation, la structuration des secteurs concernés et leur articulation.

1°) La gouvernance régionale repose sur une double logique d'organisation : « descendante », de type administrée, et « remontante », de type volontaire

Les lois de décentralisation puis les ordonnances de 1996 ont mis en place des modalités de gouvernance appliquées par les services déconcentrés de l'Etat, de l'assurance maladie, les A.R.H. (agences régionales de l'hospitalisation) ou les conseils généraux. Cette gouvernance, de type administrée ou descendante, présente aujourd'hui des caractéristiques précises, assez homogènes d'une institution à l'autre.

Elle repose tout d'abord sur des plans ou des schémas (plan régional de santé publique arrêté par le Préfet, programme régional commun de l'assurance maladie, schéma régional de l'organisation sanitaire de l'A.R.H., programme interdépartemental d'accompagnement du handicap ou de la perte d'autonomie de la C.N.S.A. ou schéma médico-social des conseils généraux). Elle se traduit ensuite par des procédures d'allocations de ressources de plus en plus confiées à des G.I.P. (agence régionale de l'hospitalisation, groupement régional de santé publique, maison départementale des personnes handicapées), l'union régionale des caisses d'assurance maladie, ou les missions régionales de santé, faisant plutôt figure d'exception à la règle. Très souvent, enfin, cette logique descendante débouche ou s'appuie sur un découpage du territoire, par exemple territoire de santé ou territoire médico-social, défini à partir d'indicateurs « objectifs » et qui s'impose aux personnes concernées. Il peut être fait recours à des mécanismes de concertation, soit ad hoc, soit dans le cadre d'instances d'avis et de conseil, en particulier conférence régionale de santé, comité régional de l'organisation sanitaire, comité régional de l'organisation sociale et médico-sociale, comité départemental sur l'aide médicale urgente et la permanence des soins. Certaines communes, qui développent des programmes, ville-santé par exemple, suivent une démarche proche, avec notamment un découpage géographique en quartier, des structures de concertation type conférence locale de santé, etc.

La seconde logique de gouvernance a pour base une structuration territoriale faisant beaucoup plus appel au volontariat. Elle concerne en premier lieu toute la dynamique de l'intercommunalité (pays, communauté de communes, communauté urbaine, etc.). La santé n'en est généralement pas le moteur premier, mais en devient toujours une composante importante. On observe notamment la sensibilité de plus en plus grande aux questions d'organisation de l'offre de soins, de permanence des soins, du lien environnement/santé, ou encore de la prévention. L'Etat, les conseils régionaux ou généraux s'impliquent de différentes façon pour soutenir ces dynamiques (politique de la ville, prise en charge d'animateurs de santé territoriaux, aide à l'installation, etc...).

Elle concerne aussi les acteurs de santé, associatifs et/ou professionnels de santé qui s'organisent pour mener à bien différentes actions, par exemple de prévention. Ils essaient de plus en plus de s'organiser sous forme de réseaux de santé ou d'autres dispositifs collectifs (permanence de soins, maison de garde, de santé...). De nombreuses unions régionales de médecins libéraux se sont impliquées dans ces démarches. Toutefois, même quand il existe des procédures d'habilitation, d'agrément, d'appel d'offres avec cahier des charges, la situation se révèle très hétérogène sur le terrain, aussi bien en qualité qu'en portée par rapport aux bénéficiaires potentiels. Au-delà même des interrogations sur la qualité ou l'efficacité de ces initiatives, leur généralisation pose aujourd'hui question, autant pour des raisons financières qu'humaines. En revanche, elles sont riches d'enseignement pour construire des solutions nouvelles, ayant un meilleur potentiel d'universalisation sans pour autant trop perdre en excellence.

2°) La gouvernance régionale concerne des acteurs ayant des moyens d'action, des niveaux et des modalités de structuration différents

Depuis l'introduction de la carte sanitaire dans les années 1970, les pouvoirs publics n'ont cessé d'accroître leur contrôle sur l'évolution du secteur hospitalier, public et privé dans le cadre d'une planification de plus en plus rigoureuse. Aux premières phases purement quantitatives ont succédé des démarches plus qualitatives débouchant sur des restructurations profondes du tissu hospitalier sous l'impulsion de l'Etat, traduite désormais par les A.R.H.

Trente ans plus tard, on peut donc considérer qu'il existe une organisation de l'offre de prise en charge assurée par les établissements de santé, même si le résultat obtenu fait l'objet d'appréciations différentes, notamment de la part des acteurs locaux.

Les conseils généraux, et l'Etat pour ce qui relève encore de sa compétence, ont également les moyens de contrôler le nombre, l'implantation et l'évolution des établissements sociaux et médico-sociaux. Depuis le début des années 1980, l'élaboration de schémas départementaux a permis d'introduire progressivement des logiques de planification, qui tendent à devenir de plus en plus opposables dans les multiples compétences des départements : enfance-famille, personnes âgées, personnes en situation de handicap, etc.

Dans le secteur ambulatoire, les besoins sont couverts principalement par l'offre de soins libérale. Excepté le cas des pharmacies, cette offre repose sur une totale liberté d'installation. L'action de régulation des pouvoirs publics, pour les médecins comme pour les autres professions, s'est avant tout exercée par le contrôle des flux de formation (numerus clausus notamment), avec des « bonheurs » variables. Aujourd'hui, la répartition géographique de l'offre ambulatoire fait donc alterner des zones à forte densité, et même à densité excessive, avec des zones très démunies, et qui le sont de plus en plus. La prise en compte de la seule offre à tarifs opposables peut renforcer très sensiblement ces constats. Qui plus est, la culture professionnelle libérale, comme pour d'autres professions indépendantes, a longtemps conduit à des formes d'exercice individuelles, par profession, qui n'ont pas favorisé des démarches plus collectives d'organisation interprofessionnelle, comme les centres de santé qui restent très minoritaires et parfois même absents de nombreuses régions. Ce mode d'exercice doit être favorisé sur l'ensemble du territoire. La situation est en train d'évoluer sous une triple nécessité : l'arrivée de nouvelles générations ayant une approche différente de l'exercice de leur métier, les besoins grandissant de coordination des professionnels de santé résultant de la prise en charge des maladies chroniques ou des situations de dépendance, et enfin l'évolution du nombre de professionnels et de leur temps de travail. Toutefois, pour l'essentiel, il manque encore les outils favorisant un recentrage de l'offre vers les soins de santé primaire. Si les unions régionales des médecins libéraux sont devenues le partenaire incontournable dans ce domaine, la situation est moins définie pour les autres professionnels. Alors même que la réponse aux besoins de santé de proximité repose sur un ensemble associant généralistes, infirmiers, dentistes, pharmaciens, masseurs-kinésithérapeutes, il est assez significatif, par exemple, de voir que la plupart des travaux menés pour identifier les zones sous-densifiées s'effectuent toujours profession par profession, alors qu'il est observé que l'héliotropisme et l'urbanisation amènent à une concentration des professionnels de santé dans une même zone.

Dans le champ de la prévention, et plus largement de la santé publique, le constat est assez similaire, avec une multitude d'opérateurs, la plupart du temps associatifs et de taille très variable, et une part de services publics aux missions insuffisamment affirmées comme la protection maternelle et infantile et la santé scolaire. Toutefois, depuis les années 1980, on assiste à l'émergence au niveau régional ou départemental, d'interlocuteurs plus structurés : observatoires de la santé, comité d'éducation pour la santé, principales associations de prévention ou d'usagers. Cet effort de structuration a très souvent été lié au renforcement du niveau régional dans l'allocation des ressources, aussi bien au niveau de l'Etat que de l'assurance maladie. L'instauration de « guichet unique » a permis un effort de rationalisation s'appuyant sur les priorités de santé retenues nationalement ou adoptées régionalement.

Il faut aussi observer la mobilisation de certains conseils régionaux dans le domaine de la santé, autour des questions de santé publique mais aussi dans le domaine hospitalier.

3°) La segmentation des domaines, des compétences, des financements rend la gouvernance régionale d'une complexité écrasante pour ceux qui en sont les acteurs

Le fonctionnement du système de santé se caractérise par sa très forte segmentation. Public-privé, hospitalier-ambulatoire, sanitaire-médicosocial, curatif-préventif-palliatif, régimes obligatoires-régimes complémentaires, santé publique-santé au travail, constituent autant de dichotomies correspondant à des compétences administratives ou financières. Déjà complexe au départ, le fonctionnement du système de santé s'est donc considérablement compliqué depuis 25 ans sur le plan de l'organisation territoriale, mêlant déconcentration, décentralisation et régionalisation. Dans le même temps, la volonté de mettre le patient, l'utilisateur « au centre » du dispositif a mis en évidence le caractère très souvent artificiel de cette segmentation administrative pour répondre à des besoins globaux de prise en charge. Comme l'organisation actuelle répond moins à une logique fonctionnelle, qu'à une logique institutionnelle, on assiste depuis quelques années à une multiplication des procédures ou des structures transversales, censées retrouver une cohérence d'ensemble. Sans jamais supprimer de structures, mais toujours en les ajoutant, on peut constater que tout le monde est dans tout et réciproquement. Etat, sécurité sociale, collectivités locales, et parfois les associations se retrouvent ainsi dans les A.R.H., les G.R.S.P. ou encore les M.D.P.H. Les U.R.C.A.M. rassemblent les trois principaux régimes d'assurance maladie, tandis que les M.R.S. associent U.R.C.A.M et A.R.H. Il est de plus en plus difficile de se retrouver dans cet imbroglio, dont la valeur ajoutée n'apparaît pas de façon spontanée pour les acteurs, usagers ou professionnels de santé qui en sont pourtant la cible. Qui plus est, cet enchevêtrement ne favorise pas une régulation régionale efficace du système de santé.

FACE A CE CONSTAT, SUR QUELLES BASES APPRECIER L'UTILITE ET L'INTERET D'AGENCES REGIONALES DE SANTE ?

Après avoir renoncé à mettre en place des agences régionales de santé lors de la réforme de 1995, les pouvoirs publics ont essayé de tester leur intérêt en prévoyant des expérimentations dans la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. Cette disposition n'a pas eu de suite. Aujourd'hui, ils ont chargé Monsieur Philippe Ritter, ancien directeur d'agence régionale de l'hospitalisation, de formuler de nouvelles propositions, tandis que Monsieur Yves Bur, député, conduit une mission parlementaire, préalable à l'intervention du Parlement.

La Conférence nationale de santé a considéré qu'elle n'avait pas à produire un rapport supplémentaire sur le sujet. En revanche, seule instance à rassembler l'ensemble des acteurs du système de santé, usagers, professionnels de santé, gestionnaires de structures, régime obligatoire et complémentaires d'assurance maladie, collectivités locales, syndicats et acteurs économiques, conférences régionales de santé, la Conférence nationale de santé a jugé nécessaire d'entamer une réflexion pour préciser les critères permettant d'apprécier l'intérêt du (ou des) projet(s) formulé(s) dans les prochains mois, notamment par rapport aux priorités formulées par la Conférence nationale de santé. C'est pourquoi cette réflexion est largement fondée sur l'avis adopté, à la quasi unanimité des membres de la Conférence, le 22 mars 2007 sur « les voies d'amélioration du système de santé français » pour la mandature 2007-2012. Deux dimensions ont été considérées, d'une part l'intérêt en termes d'organisation du système de santé, d'autre part l'intérêt en matière de réponse aux enjeux prioritaires de santé.

Intérêt en termes d'organisation du système de santé

1°) Capacité à assurer le rôle régalién de l'Etat

Le préambule de la Constitution stipule que la Nation « garantit à tous...la protection de la santé » et que « chacun a droit de vivre dans un environnement équilibré et respectueux de la santé ». Par ailleurs, l'article premier de la loi du 13 août 2004, déjà citée, précise que « l'Etat, qui définit les objectifs de la politique de santé publique, garantit l'accès effectifs...aux soins sur l'ensemble du territoire ».

La Conférence nationale de santé considère que la création d'agences régionales de santé non seulement ne doit pas conduire à un affaiblissement du rôle de l'Etat, mais doit au contraire améliorer sa capacité à remplir le rôle que lui confie la Constitution et la loi de garant de l'égalité et de l'équité, ce qui nécessite une cohérence et une impulsion nationales visant à attribuer les priorités et les moyens en fonction des besoins réels, y compris en faisant remonter l'expression des besoins au niveau national. La gouvernance qui sera proposée pour les ARS constituera un élément déterminant d'appréciation de cette dimension. Elle doit déboucher sur la capacité des ARS à prendre en compte les besoins régionaux, notamment pour réduire les inégalités sociales et géographiques d'accès aux soins et à la santé, dont la Conférence rappelle qu'elles sont plus marquées en France que dans nombre de pays comparables.

2°) Capacité à assurer une régulation régionale effective du système de santé

Si notre système de santé et de protection sociale a de nombreuses qualités qui en font l'un des meilleurs au Monde, il comporte aussi des défauts ou des inadaptations en grande partie à l'origine des difficultés actuelles. Il s'agit notamment d'un système dont la régulation, c'est-à-dire les mécanismes destinés à obtenir l'adéquation la plus efficiente et la plus équitable possible entre les ressources disponibles et les besoins, est pour le moins très imparfaite. De fait, la régulation de l'offre de soins et de prise en charge n'assure pas aujourd'hui une égalité d'accès sur l'ensemble du territoire.

Cette situation est d'autant plus préoccupante que l'évolution démographique des professionnels de santé crée de fortes tensions et que l'offre à tarif opposable se réduit et devient même minoritaire dans certaines spécialités médicales. Par ailleurs, la régulation actuelle des dépenses de santé n'aboutit pas à l'utilisation la plus efficiente et la plus solidaire possible des ressources que la Nation consacre aux soins et à la protection de la santé.

Dans son avis du 22 mars 2007, la Conférence nationale de santé a souhaité que soit modulé « plus fortement le *numerus clausus* des professions de santé d'un point de vue géographique, au niveau régional mais aussi infrarégional », mais aussi que la tarification hospitalière ne fige pas les déséquilibres régionaux et territoriaux de l'offre (proposition 7). Elle a également proposé « pour maintenir l'égalité tarifaire des assurés sociaux, de maintenir par spécialité, dans chaque bassin de santé, une offre à tarif opposable ou maîtrisé qui ne soit pas inférieure à 50 % du volume d'activité ».

Au-delà des mécanismes nationaux, de futures ARS doivent donc disposer de possibilités significatives permettant d'améliorer la régulation régionale du système de santé. Faute de quoi, leur apport risque d'être très décevant. La Conférence nationale de santé considère que

l'exercice de cette responsabilité nécessite que les ARS aient des marges de manœuvre et de négociation leur permettant d'adapter leur action aux réalités locales.

3°) Capacité à promouvoir la démocratie sanitaire

Disposer d'ARS « fortes » peut avoir pour conséquence une dérive technocratique, voire « autocratique », de la gouvernance régionale du système de santé. Tout projet dans ce domaine doit donc également s'apprécier au regard des contrepoids prévus pour équilibrer ces risques. Il s'agit notamment de disposer d'outils ou de procédures assurant plus de transparence et de démocratie sanitaire en matière d'information, d'évaluation des besoins et de détermination des priorités de santé, mais aussi de contrôle de l'action des ARS.

La loi du 4 mars 2002 reconnaît à toute personne le droit d'être informée sur son état de santé. Dans un souci de transparence, ce droit individuel d'accès à l'information devrait être complété par un droit collectif. Il s'agit de permettre à toute population, sur une base géographique (milieux de vie) ou professionnelle (milieux de travail), d'accéder aux informations lui permettant de connaître les principaux indicateurs de son état de santé et de ses déterminants mais aussi le niveau des ressources humaines et financières qui lui sont consacrées, en ayant la possibilité d'apprécier ces indicateurs de façon comparative. C'est notamment dans cette perspective que, dans son avis du 22 mars 2007, la Conférence nationale de santé a souhaité qu'avant son adoption toute décision publique fasse l'objet d'une étude d'impact sur ses conséquences éventuelles en matière de santé (proposition 1). Par ailleurs, elle a également recommandé la réalisation régulière « d'audits santé indépendants » dans les entreprises (proposition 3).

Toutefois, en matière d'évaluation des besoins et de détermination des priorités, il n'est pas possible de faire uniquement appel à des données statistiques ou épidémiologiques, si pertinentes et de qualité soient-elles. Pour éviter une approche trop réductrice, le débat social est indispensable, qu'il s'agisse de faire appel à l'expertise, dite « profane », des usagers ou qu'il s'agisse de débattre des critères à prendre en compte ou de leur pondération respective pour hiérarchiser les priorités. A cet égard, la création d'ARS doit s'accompagner d'un renforcement parallèle des missions et du fonctionnement des conférences régionales de santé, qui ont un rôle essentiel dans ce cadre. Leur consultation obligatoire lors de la préparation du programme d'activité des ARS et lors de son bilan serait un des moyens leur permettant d'assurer ce rôle.

Il apparaît qu'aucun saut quantitatif ou qualitatif dans le renforcement de la démocratie sanitaire, et spécialement des CRS en tant que lieu de rencontre et de production de tous les acteurs de santé publique dans leur diversité, ne pourra être obtenu sans traiter ces questions et sans augmenter notablement les moyens en fonctionnement des conférences régionales de santé.

Enfin, les modalités de contrôle des ARS doivent être clairement précisées. Chaque ARS pourrait être dotée d'un conseil de surveillance réduit, réunissant des élus locaux, des acteurs de l'offre de prise en charge et des usagers, en évitant les conflits d'intérêts.

En d'autres termes, transparence de l'information, capacité à débattre et contrôle sont autant d'éléments susceptibles, non pas de limiter, mais au contraire d'accroître la légitimité et par là même l'utilité des ARS.

4°) Capacité à simplifier le dispositif

S'il est un constat unanimement partagé, c'est bien celui de la complexité excessive de la gouvernance régionale, probablement à l'image de la complexité nationale. Depuis 1995, les créations d'instances se sont succédées, s'ajoutant les unes aux autres. Objectif affirmé de la décentralisation, la clarification des compétences ne s'est pas toujours traduite sur le terrain. Au sein des services de l'Etat, les processus de déconcentration n'ont pas non plus provoqué une simplification des procédures à la hauteur de l'attente des acteurs.

La Conférence nationale de santé considère que tout projet de création d'ARS qui ne déboucherait pas sur une très forte simplification de la gouvernance régionale du système de santé n'aurait qu'une crédibilité très limitée. La création d'ARS doit se traduire par la suppression concomitante d'organismes ou de services et par la remise en cohérence ou en synergie de compétences aujourd'hui éparses. Pour avoir sa pleine efficacité, cette démarche nécessite que le même effort de mise en cohérence soit également effectué au niveau national, notamment à l'occasion de la réforme de l'Etat. Il faut veiller à ce que les ARS ne deviennent pas des structures palliatives de dysfonctionnements centraux.

En tout état de cause, les ARS et l'échelon national doivent être étroitement articulés notamment dans la mise en place des plans nationaux et des plans régionaux de santé publique, si l'on veut atteindre l'objectif de simplification.

Intérêt en termes de réponse aux enjeux de santé

Au delà du changement d'appellation, le passage « d'agence régionale de l'hospitalisation » à « agence régionale de santé » traduit un changement profond de vision sur la nature des déterminants de la santé, même si beaucoup de chemin reste encore à parcourir à cet égard. La Conférence nationale de santé considère qu'une telle transformation ne doit pas se limiter à une réforme administrative, mais qu'il faut saisir cette opportunité pour améliorer notre réponse collective aux enjeux de santé actuels dans le cadre d'une vision beaucoup plus globale.

Passer du soin à la santé constitue une condition indispensable pour obtenir de nouvelles avancées en termes d'amélioration de l'état de santé et de la qualité de vie. Cela nécessite tout particulièrement de développer la promotion de la santé et la prévention, de décloisonner sanitaire et social, de promouvoir les soins de santé primaire et de rendre effectifs les dispositifs d'évaluation.

5°) Capacité à développer la promotion de la santé et la prévention

Dans son avis du 22 mars 2007, la Conférence nationale de santé a considéré que le développement de la promotion de la santé et de la prévention constituait un des cinq enjeux prioritaires des années 2007-2012.

La mise en œuvre des ARS sera donc appréciée en fonction de leur capacité à permettre des progrès très sensibles dans ce domaine. Deux dimensions seront analysées, d'une part le

champ de compétences des ARS, d'autre part la place réservée, dans leur organisation et leurs moyens, à la promotion de la santé et à la prévention, pour garantir la prise en compte de ces deux démarches dans les politiques régionales.

6°) Capacité à décloisonner sanitaire et social

La partition entre champs sanitaire et social est le fruit de l'histoire, traduisant soit une logique de protection sociale relevant de l'assurance maladie, soit une logique d'aide sociale relevant des conseils généraux. Elle obéit donc en grande partie à répartition des compétences financières très éloignées des besoins de prise en charge globale des personnes concernées. Il en résulte des difficultés d'articulation entre décideurs, financeurs et acteurs de terrain. La coordination institutionnelle nécessaire à une prise en charge globale demande des niveaux d'investissements humains de plus en plus disproportionnés. Fréquemment, les réseaux de soins, puis de santé, sont obligés de consacrer une trop grande partie de leur activité à cette coordination plutôt qu'à l'amélioration de la qualité des prises en charge. Comme le soulignait en 1998, le Haut comité de la santé publique dans son rapport « La santé en France 1994-1998 », il serait « beaucoup plus efficace de supprimer nombre des barrières que comportent [nos dispositifs institutionnels] que de constamment chercher des échelles pour les franchir ». A l'évidence, décloisonner sanitaire et social serait plus efficace pour les usagers, avec davantage de qualité...et moins de fatigue pour les professionnels en recherche, comme les usagers, d'une réduction du nombre d'interlocuteurs avec qui traiter !

La Conférence nationale de santé considère donc que la capacité des ARS à dépasser le cloisonnement actuel entre sanitaire et social constitue un des critères d'appréciation de leur utilité. Il s'agit non seulement du champ propre à l'Etat mais aussi de l'articulation nécessaire avec les collectivités locales dont les compétences sont nombreuses.

7°) Capacité à promouvoir les soins de santé primaire

Passer d'un système hospitalo-centré à un système ambulo-centré, véritablement organisé, cette fois, permettrait de mieux faire face à la montée des maladies chroniques et aux conséquences du vieillissement de la population. Il s'agit de promouvoir les soins curatifs de premiers recours, les soins de prévention, les soins palliatifs et d'agir, avec d'autres, au développement de la promotion de la santé.

Dans son avis du 22 mars 2007, la Conférence nationale de santé a formulé plusieurs propositions dans ce domaine, en particulier nouveaux modes de rémunération, régulation régionale de l'emploi médical et paramédical pour garantir le maintien d'une offre ambulatoire de premiers recours, exercice regroupé ou organisé des professionnels, offre en éducation thérapeutique ou encore formation des professionnels et des usagers à la notion de dossier médical.

L'organisation de futures ARS doit donc garantir qu'elles disposeront des leviers pour conduire progressivement, mais sans attendre, ce recentrage, notamment sur les points jugés indispensables par la Conférence nationale de santé.

Naturellement, cette démarche ne constitue pas un désaveu des structures d'hospitalisation publiques et privées, mais traduit l'adaptation nécessaire à de nouvelles réalités épidémiologiques et sociales. Un tel recentrage ne peut du reste se concevoir que dans le cadre d'une articulation beaucoup plus poussée qu'aujourd'hui entre soins ambulatoires et

hospitaliers, dans une logique de graduation des soins et d'organisation des acteurs assurant une utilisation plus efficiente des ressources.

8°) Capacité à participer à l'évaluation régionale du système de santé

Il n'existe pas aujourd'hui de dispositif structuré et pérenne permettant une évaluation indépendante du système de santé. Si on dispose de certains indicateurs de résultats et de moyens, beaucoup manquent encore. Par ailleurs, il est aujourd'hui pratiquement impossible d'apprécier de façon régionale ou infra régionale le niveau des résultats atteints comparativement aux moyens mis en œuvre. Les éléments font donc défaut pour juger avec pertinence de l'égalité, de l'équité, de la qualité, de l'efficience du système de santé dans une région, ou entre les régions.

La Conférence nationale de santé considère que s'il n'appartient pas à de futures ARS de mener à elles seules cette évaluation, leur rôle à cet égard doit être déterminant. Il s'agit autant de produire des informations que de mettre en place et de financer des dispositifs s'inscrivant dans un processus global d'évaluation impliquant également d'autres acteurs, et tout particulièrement les conférences régionales de santé. Il sera donc très important d'apprécier aussi l'utilité des ARS dans ce cadre.

En conclusion, la Conférence nationale de santé insiste pour que les huit critères proposés dans cet avis pour juger de l'utilité et de l'intérêt des conditions de mise en œuvre d'agences régionales de santé soient considérés globalement et non pas isolément. Chacun d'eux trouve sa cohérence profonde au regard des sept autres. C'est sur cette base en tout cas qu'elle analysera ultérieurement les propositions des pouvoirs publics.