



ENSP
ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE

– 2002 –

**REGIONALISATION DU SYSTEME DE SANTE :
NOUVELLES PERSPECTIVES**

– groupe n° 18 –

Ce rapport de séminaire a été réalisé par un groupe de 11 élèves en formation initiale

Animateurs :

- KAMENDJE THOKOBOU Blaise**
- BAYAT MAKOEI Sahar**

REMERCIEMENTS

L'ensemble du groupe tient à remercier les personnes qui ont contribué à la réalisation de ce document :

- les animateurs : Sahar BAYAT MAKOEI et Blaise KAMENDJE TCHOKOBOU, pour leur accompagnement et leur aide méthodologique
- les personnalités ayant accepté de nous consacrer du temps lors des entretiens. Leur éclairage pragmatique en tant qu'acteurs du système de santé et leur réflexion autour de cette thématique a permis de nourrir notre réflexion.
- le bureau de la coordination du MIP et le service logistique pour les moyens matériels mis à notre disposition.

SOMMAIRE

Liste des sigles	3
Méthode de travail	4
Introduction	6
1 A L'ŒUVRE DEPUIS UNE VINGTAINÉ D'ANNÉES, LA RÉGIONALISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ REPOSE ESSENTIELLEMENT SUR LA DÉCONCENTRATION.....	8
1.1 UN PILOTAGE RÉGIONAL, POUR UNE MEILLEURE EFFICIENCE DU SYSTÈME DE SANTÉ.....	8
1.1.1 <i>De la création des DRASS aux ordonnances de 1996</i>	8
1.1.2 <i>Cloisonnements et chevauchement des compétences constituent les limites de la régionalisation</i> ...	9
1.2 LA LOI DU 4 MARS 2002, UNE NOUVELLE AMBITION POUR LA RÉGIONALISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ ?	12
1.2.1 <i>Cadre général de l'organisation du système de santé issu de la loi de 2002</i>	13
1.2.2 <i>Sa déclinaison au niveau régional</i>	13
2 AMORCÉE, LA RÉGIONALISATION N'EST PAS POUR AUTANT STABILISÉE ET PLUSIEURS PERSPECTIVES D'ÉVOLUTION SONT POSSIBLES	15
2.1 LA DÉCENTRALISATION POLITIQUE DE LA SANTÉ : UN PARI INCERTAIN	15
2.1.1 <i>Les propositions de décentralisation</i>	16
2.1.2 <i>Les atouts</i>	17
2.1.3 <i>Une mise en œuvre controversée</i>	18
2.2 FÉDÉRATION OU FUSION DES PARTENAIRES ?	19
2.2.1 <i>Panorama des perspectives d'organisation possibles</i>	19
2.2.2 <i>Le processus de régionalisation impliquerait, dans une perspective décentralisatrice, une refonte de l'organisation de l'assurance maladie et des modes de régulation financière</i>	28
Conclusion	32
Annexes :	
• Liste des entretiens	34
• Bibliographie	36
• Grille d'entretien	39

LISTE DES SIGLES

ARH : agence régionale de l'hospitalisation

ARS : agence régionale de la santé

CNAMTS : caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés

CNS : conférence nationale de santé

CPAM : caisse primaire d'assurance maladie

CRAM : caisse régionale d'assurance maladie

CRS : conférence régionale de santé

CROSS : comité régional de l'organisation sanitaire et sociale

CROSMS : comité régional de l'organisation sociale et médico-sociale

CNTP : comité national technique de prévention

CMU : couverture maladie universelle

DDASS : direction départementale des affaires sanitaires et sociales

DRASS : direction régionale des affaires sanitaires et sociales

FNPEIS : fonds national de prévention, d'éducation et d'informations sanitaires

FEHAP : fédération des établissements hospitaliers et d'assistance, privés à but non lucratif

FHF : fédération hospitalière de France

GIP : groupement d'intérêt public

INPPS : institut national de prévention et de promotion de la santé

MEDEF : mouvement des entreprises de France

MILDT : mission interministérielle de lutte contre les dépendances et les toxicomanies

ORS : observatoire régional de santé

PMSI : programme de médicalisation du système d'information

PRS : programme régional de santé

PRAPS : programme régional d'accès à la prévention et aux soins

SREPS : schéma régional d'éducation et de promotion de la santé

UDF : union pour la démocratie française

URIOPSS : union régionale et interfédérale des œuvres et des organismes privés sanitaires et sociaux

METHODE DE TRAVAIL

Organisation de la première semaine : du 2 au 6 septembre 2002

Nous avons élaboré dès le premier jour, avec les animateurs un calendrier des objectifs à atteindre pour rythmer notre travail. Après avoir présenté le sujet et donné quelques pistes de réflexion, les animateurs nous ont distribué le dossier documentaire avec des références bibliographiques. Nous nous sommes ensuite répartis la lecture de ces documents qui ont fait l'objet d'un « débat-synthèse » où chacun a exposé sa perception du sujet. Trois thèmes de travail ont ainsi pu être dégagés, donnant lieu à des recherches en sous-groupes :

- Historique et dysfonctionnement du dispositif actuel
- La loi du 4 mars 2002
- Les nouvelles perspectives et leurs limites

Le résultat de ces recherches a été distribué à l'ensemble du groupe et aux animateurs.

Nous nous sommes concertés pour définir les personnalités susceptibles d'apporter un éclairage sur le thème abordé afin de compléter la liste initiale proposée par les animateurs. La fin de semaine a été consacrée à l'élaboration d'une grille d'entretien jointe en annexe avec des questions communes et d'autres plus spécifiques selon la personne rencontrée.

Nous avons privilégié le débat dans les travaux du groupe afin que chacun puisse s'exprimer et se reconnaisse dans le travail produit. La recherche du consensus et de l'adhésion de tous a toujours été notre préoccupation. Chaque étape d'élaboration du document a fait l'objet d'une présentation en groupe puis d'une validation par les animateurs. Toutes ces séances ont été animées par un membre du groupe, avec le souci d'accorder un temps de parole suffisant à chacun.

Organisation de la deuxième semaine : du 23 au 27 septembre 2002

Elle a été essentiellement consacrée aux entretiens et à la rédaction de leurs synthèses. Ces dernières ont été exposées et argumentées en groupe, devant les animateurs. Cette étape a permis d'apporter de nouveaux éléments qui ont enrichi notre réflexion. A partir de ces entretiens et de notre recherche documentaire, un plan détaillé a pu

être construit. Le travail de rédaction a été réparti en quatre sous-groupes correspondant aux quatre principales parties du texte.

Dans la mesure où les personnes interrogées se sont parfois exprimées en leur nom propre et que certains entretiens comportaient des éléments confidentiels, ils n'ont pas été joints en annexe. Néanmoins des synthèses des entretiens ont été réalisées et diffusées au fur et à mesure et elles sont venues enrichir notre argumentation, notamment pour la deuxième partie concernant les perspectives

Organisation de la troisième semaine : du 30 septembre au 4 octobre 2002

Les derniers entretiens ont eu lieu. La semaine a été plus particulièrement consacrée à la rédaction et à la coordination entre les productions écrites élaborées par les différents sous-groupes à partir du plan détaillé. Des réunions régulières de mise en commun et de relecture ont ainsi permis d'assurer la cohérence de l'ensemble du travail.

L'interfiliarité a été particulièrement utile pour analyser la question de la régionalisation du système de santé. Cela a en effet permis d'appréhender la complémentarité sur le terrain des différents acteurs et la nécessité de leur partenariat. Le groupe, formé de personnes venant d'horizons différents, a contribué à enrichir la réflexion sur le thème. A ce titre, chacun des membres a apporté un éclairage spécifique en fonction de son expérience et de ses connaissances sur le thème.

INTRODUCTION

A la différence des États que l'on peut qualifier de « régionalisés » tels que l'Espagne¹ et l'Italie, où la décentralisation va jusqu'à l'autonomie législative dans certains domaines, la régionalisation française ne change pas la nature unitaire de l'État. L'échelon régional a longtemps été absent de la vie administrative française, car associé aux provinces de l'Ancien Régime. Avec la Révolution française, c'est la conception jacobine de l'État qui s'impose. L'idée régionale réapparaît notamment pendant la Première Guerre Mondiale, face à la nécessité, en période de guerre, de coordonner l'effort économique. C'est parce qu'elle est associée à la coordination économique puis à l'aménagement du territoire que la région va pouvoir s'intégrer dans le cadre français de l'État unitaire. Ainsi, les établissements publics régionaux sont créés en 1972, et la région devient une collectivité territoriale avec les lois de décentralisation de 1982.

La **régionalisation** repose sur deux processus : la **déconcentration**, la **décentralisation**. La déconcentration renvoie à une régionalisation fonctionnelle, alors que la décentralisation renvoie à une régionalisation politique. Par décentralisation, on entend la reconnaissance, par l'État, d'autres personnes publiques habilitées à intervenir dans certains domaines avec un pouvoir de décision, et disposant dans cette action d'une certaine autonomie. La déconcentration, quant à elle, est le transfert d'un pouvoir de décision à des agents de l'État, répartis sur le territoire et subordonnés à l'autorité centrale par un lien de nature hiérarchique. Sous l'influence du droit communautaire et du développement des politiques interministérielles, la déconcentration a eu tendance à devenir le principe de droit commun de l'action administrative. Elle est un aménagement de la centralisation et permet une gestion plus efficace.

En matière de santé, la région s'est imposée comme un **échelon pertinent** car le niveau central de régulation et d'arbitrage ne permettait plus d'atteindre l'efficience. La volonté de rapprocher la gestion du système de santé des usagers, pour offrir une réponse plus adaptée à leurs besoins, explique le développement de l'échelon régional. L'hétérogénéité démographique des régions apparaît certes peu cohérente avec les recommandations de l'OMS qui retient des bassins de 300 000 à 500 000 habitants pour mener des politiques globales de santé publique, mais compte tenu de la difficulté à mener des activités durables en dehors des ressorts territoriaux existants, la région est apparue par défaut comme l'échelon le plus adapté.

¹ voir BRECHAT (P.H.), DANZON (A.), SALINES (E.), SCHAETZEL (F.), La régionalisation : l'expérience de la Catalogne, Actualité et Dossiers en Santé Publique, décembre 2001, pp 61-67

L'État est déjà doté d'interlocuteurs régionaux (URML, URCAM), il est structuré à cet échelon et il dispose d'outils régionaux (PRS, SROS), ce qui fait apparaître le niveau régional comme le plus légitime.

La régionalisation en France rejoint la tendance européenne où les régions constituent un échelon de premier plan puisqu'elles sont le cadre de référence à la mise en œuvre de politiques communautaires et les destinataires des aides. La **dimension épidémiologique** confirme la légitimité de l'échelon régional puisqu'elle permet de cerner, au mieux, les besoins de la population. Enfin, la région est également le niveau pertinent pour organiser la complémentarité des équipements : greffes, neurochirurgie, chirurgie cardio-vasculaire et néonatalogie.

A partir de là, comment régionaliser le système de santé ?

A l'œuvre depuis une vingtaine d'années, la régionalisation a essentiellement reposé sur la déconcentration (1^{ère} partie du rapport). Ainsi menée la régionalisation a contribué à la rationalisation du système de santé et à la maîtrise budgétaire notamment avec la création des Agences Régionales de l'Hospitalisation. Elle amorce donc un **pilotage régional encore inachevé** du fait de la persistance de chevauchements et de cloisonnements.

La régionalisation du système de santé marque aujourd'hui la volonté de mettre en place une **gestion globale** de la santé au niveau régional.

La loi du 4 mars 2002 a constitué le point de départ de la réflexion de notre groupe sur les nouvelles perspectives. Il nous est apparu que la question de la régionalisation est complexe et sensible car elle comporte une dimension politique. Le changement de majorité entraîne des conséquences sur le devenir de cette loi dont les décrets d'application ne sont pas parus à ce jour.

La question est donc de savoir si l'on peut poursuivre la déconcentration à l'échelon régional sans opérer une décentralisation au moins partielle. La décentralisation a en effet le mérite d'introduire une dose de légitimité démocratique. Une décentralisation totale peut-elle être envisagée ?

Si un consensus semble se dégager sur la nécessité d'établir des **Agences Régionales de Santé** pour promouvoir une approche globale, leur composition offre en revanche plusieurs options. Il ressort de ce questionnement sur les perspectives et les entretiens réalisés que la régionalisation du système de santé n'est pas encore stabilisée, et que différentes voies sont possibles. La seconde partie de ce rapport sera consacrée à leur examen. En guise de conclusion, le groupe tentera de donner un jugement plus personnel sur la façon dont il perçoit l'évolution de la question.

1 A L'ŒUVRE DEPUIS UNE VINGTAINE D'ANNEES, LA REGIONALISATION DU SYSTEME DE SANTE REPOSE ESSENTIELLEMENT SUR LA DECONCENTRATION

La mise en œuvre de la régionalisation s'est traduite, au travers de différentes réformes, par la recherche d'un pilotage régional qui redéfinit et tente de décloisonner les missions des différents acteurs régionaux de santé, afin de rendre leur action plus lisible. La loi du 4 mars 2002 exprime le souhait d'un nouveau souffle.

1.1 Un pilotage régional, pour une meilleure efficacité du système de santé

1.1.1 De la création des DRASS aux ordonnances de 1996²

Le processus de régionalisation prend corps en 1977, avec la création des directions régionales des affaires sanitaires et sociales (DRASS), véritable échelon déconcentré du ministère. Les DRASS constituent « un embryon d'organisation » régionale appelé à se renforcer.

Il faut en effet attendre le début des années quatre-vingt dix pour que la logique régionale prenne une place significative dans le paysage sanitaire français. **La loi n° 91-738 du 31 juillet 1991**, portant réforme hospitalière, renouvelle les procédures de planification hospitalière par la création de schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS) et l'instauration des comités régionaux de l'organisation sanitaire et sociale (CROSS), concrétisant ainsi durablement la volonté de faire de la région le cadre territorial de l'organisation de la santé.

Ce mouvement se poursuit par la création des unions régionales des médecins libéraux par **la loi du 4 janvier 1993** (URML) qui ont des missions d'analyse et d'étude du fonctionnement du système de santé, d'évaluation des besoins, de formation et d'information des médecins et des usagers.

Le processus de régionalisation de l'organisation et de la gestion du système de soins s'est donc enclenché antérieurement à la « réforme Juppé » à laquelle on le rattache souvent. Mais il est vrai que les **ordonnances de 1996** lui ont fait franchir une étape très significative : avec la création des agences régionales de l'hospitalisation (ARH), unifiant la gestion de l'hospitalisation publique et privée sous une même autorité, ainsi que des unions régionales des caisses d'assurance maladie (URCAM) qui doivent coordonner l'action des

² TABUTEAU (D.), La régionalisation du système de santé en question, Droit social n°7/8, juillet 2002, pp 745-747.

caisses et impulser une politique de gestion du risque régional ; et enfin avec l'institutionnalisation des conférences régionales de santé.

Face à la volonté politique de contrôler les dépenses et de piloter le système d'offre de soins, le choix qui a été fait est celui d'une réponse institutionnelle par la création d'une administration spécialisée : les **ARH**. Ces dernières sont, en effet, des groupements d'intérêts publics (GIP) entre l'État et l'assurance maladie. Elles doivent s'appuyer sur les services déconcentrés de l'État (puisqu'elles n'ont pas de service propre).

Ce qui a été visé par la création des ARH, c'est la réunion, sous une même autorité, du pouvoir de planification de l'offre hospitalière d'une part, et d'allocation budgétaire d'autre part. La mission de l'ARH est précisée par l'article L 710-18 du code de santé publique.

Ce nouvel acteur, issu des ordonnances d'avril 1996, modifie les rapports entre l'État et l'assurance maladie. L'État, par l'intermédiaire des ARH, est compétent pour l'hospitalisation ; les partenaires de l'assurance maladie restent, quant à eux, en charge de l'ambulatoire.

L'instauration d'un **partenariat régional** entre les principaux acteurs de la santé, l'État, l'assurance maladie et les collectivités locales, pour la définition des politiques régionales de santé publique, est un acquis de ces réformes.

L'État est désormais doté d'interlocuteurs régionaux (URML, URCAM). Des fonctions stratégiques sont supposées être assurées à l'échelon régional, notamment avec les Observatoires Régionaux de Santé (ORS) en charge de l'observation des besoins, des Conférences Régionales de Santé (CRS) qui définissent des priorités reprises dans les Programmes Régionaux de Santé (PRS), des SROS et les CROSS qui organisent la planification.

Le niveau régional dispose donc aujourd'hui d'une architecture institutionnelle forte et reconnue.

1.1.2 Cloisonnements et chevauchement des compétences constituent les limites de la régionalisation³

Les efforts de coordination des politiques régionales ont été impuissants à dépasser les logiques de cloisonnement institutionnel.

- Une coordination insuffisante des acteurs de la prévention

En France, l'organisation de la prévention et de la promotion de la santé laisse apparaître au niveau local un éclatement des compétences.

³ EVIN (C.), La régionalisation du système de santé en débat, Décision Santé, n°159.

- **La coordination entre l'État et les autres acteurs de la prévention est insuffisamment structurée.**

On peut noter, en effet, les difficultés d'articulation des actions de l'État et de l'assurance maladie.

Les programmes d'intervention des caisses nationales et les plans ministériels continuent souvent à être développés sans concertation et par des financements différents (FNPEIS/crédits d'Etat). Ces plans sont repris à l'échelon local, parfois sans cohérence avec les priorités arrêtées par les CRS.

Le dialogue entre les différents acteurs de la région s'avère difficile, à l'image des UR CAM qui ont du mal à trouver leur place dans le système institutionnel et au sein même de l'assurance maladie.

On peut relever également le partage de compétences insatisfaisant entre l'État et les Conseils Généraux.

Les transferts réalisés en matière de santé publique par les lois de décentralisation en faveur des Conseils Généraux génèrent des dysfonctionnements (dépistage du cancer du sein par exemple). De nombreux acteurs expriment aujourd'hui leur volonté de revoir l'actuel partage des compétences.

- **La coopération au sein de l'Etat est parfois difficile.**

L'articulation entre les DDASS et les DRASS est parfois peu lisible : certains programmes de prévention sont mis en place parallèlement par les deux échelons (PRS addiction et plan départemental MILDT de prévention des dépendances).

- **La prévention est trop peu intégrée aux politiques de santé publique**

Par manque de culture de santé publique, de volonté politique et sous la pression d'intérêts économiques (lobbies), actuellement seuls 2% des dépenses de santé sont consacrés à la prévention.

La séparation entre le préventif et le curatif s'est accentuée. L'absence d'articulation entre les politiques nationales de prévention, la médecine libérale et l'hôpital réduit considérablement l'efficacité du système de prévention.

• Une administration du système de soins séparée de l'organisation de la santé publique

L'organisation de l'offre de soins est marquée par l'existence de secteurs relevant chacun d'enveloppes de financement distinctes : médico-social, soins hospitaliers et médecine ambulatoire.

La création des ARH a permis des progrès notables dans la régulation de l'offre hospitalière mais a accentué les cloisonnements entre les secteurs de soins. L'objectif d'une gestion unifiée de l'offre de soins est donc restée en deçà de celui des maîtrises des dépenses.

- **Bilan contrasté des pratiques des ARH**

Les ARH disposent de moyens juridiques qui faisaient défaut aux préfets jusqu'en 1996 et ont pu mettre ainsi en œuvre d'importantes restructurations dans le secteur hospitalier, notamment par le développement d'une politique volontariste de contractualisation. Cependant, l'utilisation des outils tel que le PMSI et les annexes opposables du SROS n'a pas fait l'objet d'une évaluation publique.

Des pratiques différentes ont pu apparaître selon les régions. Les financements des secteurs hospitaliers public et privé restent régis par des mécanismes différents, malgré la loi de financement de la Sécurité Sociale. Cette absence de fongibilité entre les enveloppes des deux secteurs pose des difficultés quant à la gestion de l'offre.

- **Séparation maintenue des secteurs hospitalier, ambulatoire et médico-social**

La régulation de l'offre médico-sociale reste hors du champ des ARH. La cohérence de l'offre de services médico-sociaux exigerait une coordination des instruments de planification. De même, la régulation budgétaire de l'offre de soins médico-sociaux est assurée annuellement par les préfets et les présidents des Conseils Généraux, sans qu'il existe de liens avec l'action des ARH vis-à-vis des établissements de soins.

• Un pilotage régional encore imparfait

La définition des priorités de santé publique au niveau de la région s'affirme progressivement. Après l'expérimentation des PRS à partir de 1994, les Conférences Régionales de Santé (CRS) ont été institutionnalisées par les ordonnances du 24 avril 1996. La diversité des acteurs représentés au sein des CRS permet de faire prévaloir une approche transversale des problèmes de santé, qui intègre les préoccupations relatives à la prévention et aux soins. Une certaine articulation se dessine entre le traitement des problèmes sanitaires et le secteur social et médico-social, mais la coordination des acteurs reste difficile.

- **De nombreux obstacles à la coordination des acteurs et des politiques persistent au niveau régional**

En premier lieu, il convient d'analyser les limites des Conférences Régionales de Santé.

D'une part, les CRS ont permis l'ébauche d'une culture commune, mais cette démarche n'a pas fédéré tous les acteurs et a suscité une adhésion variable. S'agissant des services de l'État, mis à part l'implication des DRASS et des DDASS, l'Éducation Nationale, par exemple, semble peu présente dans les actions de prévention mises en œuvre au titre des PRS. Les ARH pourraient jouer un rôle de relais des priorités développées au sein des CRS ; en réalité les contrats d'objectifs et de moyens signés avec les établissements hospitaliers ne les reprennent que rarement. En l'absence d'incitation significative, les autres acteurs s'impliquent peu.

D'autre part, les CRS sont loin d'avoir une approche globale des problèmes de santé locaux. Le bilan des thèmes ayant fait l'objet de PRS montre que ceux-ci sont majoritairement cantonnés à la prévention et à la promotion de la santé.

En second lieu, l'absence d'outil performant d'évaluation des besoins de santé apparaît également comme un obstacle à la coordination.

La définition des besoins de santé en France bute sur la défaillance du système de collecte et de traitement d'informations relatives à la santé. Au niveau régional, le traitement statistique global des données sur la santé en est à ses débuts. Les ORS, créés à cette fin en 1983, fonctionnent comme prestataires de service et, sans « doctrine » d'emploi précise. Ils n'ont donc pas les moyens d'opérer une collecte systématique des données.

Les efforts de coordination des politiques régionales n'ont pas permis de dépasser les cloisonnements et de remédier à l'éparpillement de la santé publique. Les soins et les actions de santé continuent de faire l'objet d'une planification et d'une gestion séparées. A ce titre, les acteurs concernés nourrissent des attentes légitimes auxquelles la loi du 4 mars 2002⁴ tente de répondre.

1.2 La loi du 4 mars 2002, une nouvelle ambition pour la régionalisation du système de santé ?

Cette loi traduit le désir de démocratiser le système de santé et d'améliorer sa qualité en définissant un équilibre harmonieux des responsabilités entre les usagers, les professionnels et les institutions sanitaires de l'État.

Elle répond également à une volonté politique de satisfaire les attentes du public, en particulier les associations de malades et d'usagers, en faveur d'une médecine plus humaine, et d'une politique de santé plus globale.

⁴ Loi n°2002-303 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

Les conclusions des États généraux de la santé (1999), celles du rapport du groupe de travail coordonné par E. Caniard⁵, et les réflexions engagées par les pouvoirs publics, ont servi de base à la rédaction du projet de loi.

1.2.1 Cadre général de l'organisation du système de santé issu de la loi de 2002

La loi comporte des dispositions qui modifient l'organisation du système de santé, réparties entre le titre II (démocratie sanitaire) et le titre III (qualité du système de santé).

Ces dispositions visent à :

- donner « *une place prééminente aux régions dans l'élaboration et la mise en œuvre des politiques de santé* » selon le précédent Ministre délégué à la Santé, Bernard Kouchner. L'instauration des **Conseils Régionaux de Santé** « *permettra au monde de la santé – professionnels, usagers, organismes d'assurance maladie – de se prononcer collectivement et systématiquement sur la situation sanitaire régionale.*»
- « *définir une procédure solennelle d'adoption* » de la politique de santé prévoyant l'élaboration d'un rapport du Gouvernement au Parlement sur les priorités de santé publique, à partir de l'analyse des besoins des régions.
- poser les bases d'une politique de prévention « *globale et cohérente* » en introduisant pour la première fois, dans le Code de la santé publique, une définition légale de la prévention en matière de santé. Elle fait supporter les actes de prévention par l'assurance maladie et crée deux instances : **l'Institut National de la Prévention et de la Promotion de la Santé** (INPPS) et le **Comité National Technique de Prévention** (CNTP)
- faciliter la coordination en matière de santé instituant **des réseaux de santé**. L'ambition est de favoriser les nouvelles formes de prises en charge des personnes fondées sur la continuité et la qualité des soins.

1.2.2 Sa déclinaison au niveau régional⁶

Les **Conseils Régionaux de Santé** ont pour mission de contribuer à la définition et à la mise en œuvre des politiques régionales de santé. Celles-ci doivent être en cohérence avec les nouvelles attributions de la Conférence Nationale de Santé et inclure les questions relatives aux droits des malades.

Dans ce cadre, la formation plénière du Conseil :

- Analyse l'évolution des besoins de santé

⁵ La place des usagers dans le système de santé- CREDES-Ed PARIS MSSPS

⁶ BUDET (J.-M.), La régionalisation du système de santé, Cahiers hospitaliers, n°160, septembre 2000, pp 28-33.

- Propose des priorités de santé publique pouvant faire l'objet de programmes régionaux de santé
- Etablit annuellement le bilan de l'application de la politique de santé dans la région et formule des propositions en vue de son amélioration
- Procède à l'évaluation des conditions dans lesquelles sont appliqués et respectés les droits des personnes malades et des usagers
- Peut organiser des débats publics permettant l'expression des citoyens sur des problèmes de politique de santé et d'éthique médicale

La formation plénière comprend des **représentants des collectivités territoriales**, du conseil économique et social régional, des organismes d'assurance maladie, des professionnels du champ sanitaire et social, des institutions et établissements sanitaires et sociaux, des usagers ainsi que des personnalités qualifiées et des représentants du comité régional de l'organisation sociale et médico-sociale. Ce **lieu unique de débat** devrait permettre de positionner la région comme socle des politiques de santé.

Le président est élu en son sein. Dans l'esprit de la loi, il devrait être un des représentants des collectivités territoriales, un représentant d'un conseil régional, voire son président, celui-ci semblant être le mieux placé pour revendiquer cette fonction. La détermination de sa présidence pourrait donc avoir des conséquences sur l'évolution future des compétences des collectivités territoriales.

Les Conseils Régionaux de Santé, réunis en cinq formations spécialisées distinctes, seront consultés sur l'organisation et la planification des soins ainsi que sur les programmes régionaux de santé. Les formations spécialisées donneront également un avis sur les projets d'expérimentation des réseaux financés par l'assurance maladie, dans le cadre d'une déconcentration de la procédure actuelle.

Parallèlement à la création des Conseils Régionaux de Santé, la loi prévoit la mise en place des Comités Régionaux de l'Organisation Sociale et Médico-Sociale (CROSMS). Ces comités remplacent les sections sociales des Comités Régionaux de l'Organisation Sanitaire et Sociale, ceci afin de créer une structure appropriée pour le domaine social et médico-social. La section sanitaire des CROSS a quant à elle disparu avec la création des Conseils Régionaux de Santé.

Le **changement de majorité politique** du printemps 2002 induit, pour le moment, une pause dans le processus. En effet, ce dernier rend incertaine une application de la loi du 4

mars 2002, dans ses dispositions relatives à l'organisation régionale du système de santé. Le gouvernement entame ainsi une phase de rencontres et d'écoutes dans le but de définir les contours d'une future politique de santé régionalisée. Par ailleurs, une grande campagne de **consultations régionales** est lancée depuis l'été 2002 afin de faire émerger des priorités et d'élaborer une **loi de programmation quinquennale** en santé publique.

Les principales critiques émises par le gouvernement actuel à l'encontre de la loi du 4 mars :

- Elle ne définit pas suffisamment la répartition des compétences entre l'État et l'assurance maladie. D'autre part, la coordination entre les DRASS et les ARH, notamment dans l'articulation entre les Programmes Régionaux de Santé et les SROS, reste théorique malgré les quelques expériences menées.
- Les Conseils Régionaux de Santé n'ont pas de périmètre clairement défini (consultatif ou décisionnel ?) et ne règlent en rien le besoin de lisibilité et d'efficacité du système. Certains dispositifs demeurent difficiles à appliquer, comme l'élaboration des critères d'agrément sanitaire des associations qui devraient siéger au sein de cette instance consultative.
- La loi ne définit pas clairement les responsabilités en matière de politique de prévention.

2 AMORCEE, LA REGIONALISATION N'EST PAS POUR AUTANT STABILISEE ET PLUSIEURS PERSPECTIVES D'EVOLUTION SONT POSSIBLES

La régionalisation est déjà inscrite dans différents textes législatifs orientant (ou réorientant) l'organisation du pays. Il s'agit de velléités tantôt de décentralisation, tantôt de déconcentration. En effet, deux tendances semblent s'opposer en matière de régionalisation, d'une part la décentralisation qui est plutôt portée par des personnalités de droite, et d'autre part la déconcentration plutôt promue par les représentants de la gauche.

La décentralisation, si elle présente quelques atouts, reste néanmoins un pari incertain. Ce qui conduit à envisager d'autres scénarii autour d'une future « Agence régionale de santé ». Quelle que soit l'orientation retenue, l'assurance maladie ne fera pas l'économie d'une réforme.

2.1 La décentralisation politique de la santé : un pari incertain

Cette voie impliquerait le **transfert de compétences** sanitaires aux conseils régionaux. Cette hypothèse comporterait des avantages et des limites.

2.1.1 Les propositions de décentralisation

Le débat sur la décentralisation a été relancé en octobre 2000 à l'occasion du dépôt, par le **groupe UDF**, d'une proposition de loi relative « à la régionalisation du système de santé ». Ce texte prévoyait un transfert de compétences progressif de l'État aux régions dans des domaines aussi variés que : la prévention et l'éducation pour la santé, l'offre de soins, la formation médicale et paramédicale (initiale et continue), la régulation démographique des professions de santé, et les investissements sanitaires (établissements de santé).

En juillet 2002, le groupe UDF a de nouveau déposé une proposition de loi⁷ tendant à « instaurer une régionalisation de la santé » s'inscrivant dans le cadre d'une décentralisation. Il préconise : « *une régionalisation vraie réalisant une politique de santé de proximité, prenant en compte les besoins de la population et des professionnels, et des relations basées sur la contractualisation* ». Pour ce faire, les pistes qu'il préconise, tendent à rendre plus efficiente la régionalisation en santé publique. Elles se déclinent en plusieurs points :

- renforcer les Observatoires Régionaux de Santé en leur donnant les moyens humains et financiers pour étudier la morbidité, la mortalité et les conditions souhaitables pour une bonne santé.
- permettre, par la création des Conseils Régionaux de Santé (instance délibérante), la présence de tous les acteurs œuvrant dans la santé : représentants des établissements de soins, des professionnels libéraux, des associations de malades et d'anciens malades. Ils seraient élus par collège, pour consacrer leur légitimité et leur assurer une représentation équitable.
- regrouper l'hôpital, les cliniques, l'ambulatoire, et la prévention dans une agence régionale de santé constituant l'exécutif. Son conseil d'administration serait composé de représentants du Conseil Régional de Santé, du Conseil Régional et des financeurs, y compris des mutuelles.

Le groupe UDF estime qu'il serait souhaitable de procéder à une mise en place pragmatique de cette forme de régionalisation, par **l'expérimentation**, en prévoyant des transferts progressifs de compétences.

A l'initiative du Premier ministre, le gouvernement actuel envisage une réforme constitutionnelle permettant d'accorder aux collectivités un large « droit à l'expérimentation ». Ce projet sera soumis au Conseil des ministres le 16 octobre prochain, avant d'être examiné en première lecture par le Sénat le 29 octobre 2002. A ce titre, il a été demandé aux régions

⁷ Proposition de loi n° 128 tendant à instaurer une régionalisation de la santé, enregistrée à la présidence de l'Assemblée Nationale le 24 juillet 2002

de faire connaître les nouvelles compétences qu'elles souhaiteraient expérimenter pour la fin de l'année dans le champ sanitaire.

Par ailleurs, cette réforme consacrerait le statut constitutionnel de la région et réaffirmerait le principe de libre administration des collectivités.

2.1.2 Les atouts

- La recherche d'une meilleure démocratie sanitaire

Jusqu'à présent, les différentes réformes dans le domaine sanitaire – lois du 31 juillet 1991, ordonnances du 24 avril 1996, loi de juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions, loi de financement de la sécurité sociale pour 2000 – n'ont « jamais emprunté les voies d'une régionalisation politique de la santé [...] l'objectif de ces mesures était principalement la rationalisation des dépenses de santé et non la démocratisation des politiques sanitaires. »⁸ La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité des système de soins évoque, quant à elle, la régionalisation de la santé dans le titre intitulé « démocratie sanitaire ». Le législateur semble ici s'acheminer vers plus de participation de la part des élus, des représentants des usagers, des professionnels de santé, et de l'assurance maladie.

La **démocratie sanitaire** serait renforcée dans l'hypothèse d'une nouvelle étape vers la décentralisation. En effet, si l'avenir milite en faveur d'un accroissement des compétences de la région dans le domaine sanitaire, la légitimité des élus en serait grandie. Cependant, « il n'y aura pas d'enjeu démocratique s'il n'y a pas de responsable identifié devant les citoyens et proche d'eux [...] La démocratie sanitaire régionale peut-elle réellement se développer sans qu'une instance régionale – existante ou à créer – puisse être le lieu des débats qui doivent précéder des choix responsables en matière de politique de santé et non seulement de soins ? La santé ne sera jamais un enjeu dans les régions tant que la plupart des décisions continuent de se prendre depuis Paris. Une régionalisation audacieuse pourrait être l'occasion de concrétiser enfin le concept de démocratie sanitaire ».⁹

- Meilleure adaptation aux besoins car rapprochement décision/exécution.

La décentralisation vise à établir des liens de cohérence entre les préoccupations des acteurs de terrain et les financeurs. Cela suppose d'élaborer des **outils communs d'observation et d'évaluation** de façon à rapprocher les partenaires œuvrant dans le champ sanitaire. La finalité serait d'améliorer les processus décisionnels. Il n'y a pas de recherche stratégique d'anticipation des décisions. L'une des pistes de réflexion serait de

⁸ Voir la chronique de Didier TABUTEAU « La régionalisation du système de santé en questions » in *Droit social* n°7/8 juillet/août 2002 p.745 à 747

réaliser un cadre *a minima* d'observation sur le plan méthodologique, en soulignant le caractère partenarial des dispositifs d'observation.

La mise en œuvre à ce niveau de décentralisation susciterait quelques interrogations.

2.1.3 Une mise en œuvre controversée

Dans le cadre d'une décentralisation entraînant un transfert des compétences sanitaires vers les régions, celles-ci deviendraient maîtresses de leur politique dans ce domaine. Dès lors, il convient de se poser les questions de savoir **quel sera le niveau d'engagement de chacune d'elle et quels seront les moyens financiers et humains qui leurs seront accordés – pourrait-on concevoir des transferts de charges et de personnels de l'État vers les collectivités ?** En outre, il est à craindre que certaines régions négligent, voire abandonnent, certains aspects de la santé publique, à l'instar des conseils généraux dans le cadre de la mise en œuvre de dispositifs relevant de l'action sociale (PSD, RMI,...). D'ailleurs, ces questions pourraient varier d'une région à l'autre, posant ainsi la question de la cohérence et de la lisibilité des actions de santé publique sur le plan national.

De plus, les financements des actions sanitaires des régions dépendront de leur capacité à dégager des moyens financiers ; il est à craindre que les régions « pauvres » soient obligées d'avoir des ambitions plus réduites : l'utilisateur ne souffrirait-il pas d'une telle situation? Pour exemple, en Espagne, sept régions sur dix-sept gèrent leurs services de santé conséquemment au processus de régionalisation entamé depuis la fin des années soixante-dix. La décentralisation de la santé, qui a démarré en Catalogne, s'installe progressivement. Cette région reçoit de l'État une enveloppe budgétaire proportionnelle au nombre d'habitants, à laquelle s'ajoute des subventions pour le traitement des patients des autres régions, ainsi qu'une enveloppe pour le financement de la formation dans les hôpitaux. La région peut compléter ce budget par des fonds propres. Cependant cette gestion n'a pas contribué à réduire les inégalités au sein du pays¹⁰.

Jusqu'à présent, force est de constater que les régions ont peu développé leur champ de compétences sanitaires. Cependant, il convient de noter l'action expérimentale de la **région Nord-Pas-de-Calais** qui manifeste, à ce titre, depuis vingt ans, un intérêt particulier pour les questions relatives à la santé. Ce qui s'explique, peut-être, par des indicateurs de l'état de santé plus préoccupants. Le développement des compétences est, pour le moment, fonction du **volontarisme** de certaines régions.

La participation des autres régions est plus ponctuelle dans le cadre des **contrats de plan Etat-région**. L'État garde l'ensemble de ses prérogatives dans le domaine de

⁹ Voir Edito de « La lettre des décideurs hospitaliers », n° 99, vendredi 9 avril 1999

l'équipement hospitalier, de la prévention et de la promotion de la santé, restreignant *de facto*, la marge de manœuvre des élus.

En outre, une trop grande décentralisation risquerait d'aggraver les **inégalités**. Pour prévenir cela, certaines garanties doivent être mises en œuvre. Il s'agit d'éviter que la régionalisation ne conduise à remettre en cause la qualité et la sécurité des soins, ou à porter atteinte aux principes de l'égalité devant les charges sociales et la liberté de choix des patients. A cette fin, seul le cadre national peut garantir un niveau de prise en charge des services et produits de santé satisfaisant pour l'ensemble de la population. **Le Préambule de la Constitution de 1946** prévoit le droit à une protection de la santé, ce qui implique le respect des droits des assurés sociaux, comme des usagers du système de santé. Ainsi, l'État devrait rester le garant de l'égalité d'accès aux soins, de la solidarité, de la sécurité et la veille sanitaires, de l'inspection et du contrôle, et de la prévention.

Par ailleurs, la décentralisation supposerait également que les départements, en charge d'une partie du secteur social, soient associés à la politique régionale au sein d'une institution *ad hoc*. L'exemple de la Suède montre la difficulté d'articuler les actions des collectivités territoriales. En effet, les Comtés ont du mal à coordonner l'exercice de leurs attributions hospitalières avec les compétences des municipalités en matière médico-sociale (personnes âgées)¹¹.

Enfin, il est possible d'imaginer l'hypothèse selon laquelle les collectivités locales françaises pourraient ne pas revendiquer de nouvelles attributions dans le champ sanitaire, mais en revanche, souhaiteraient seulement être mieux associées aux décisions sanitaires ayant un fort impact local, notamment dans le domaine hospitalier. C'est la raison pour laquelle, certaines propositions émanant d'élus locaux privilégient l'hypothèse d'une décentralisation fonctionnelle vers une instance sanitaire locale qui reste à créer.

2.2 Fédération ou fusion des partenaires ?

2.2.1 Panorama des perspectives d'organisation possibles

Le souci de décloisonnement des institutions et de simplification de la gestion du secteur de la santé en France a fait naître une nouvelle entité institutionnelle : l'agence. Même si la réflexion aujourd'hui est tournée vers une refonte globale du rôle des acteurs de la santé, la question récurrente semble être : quelle réforme institutionnelle permettrait une plus grande efficacité et efficience de notre système de santé ?

¹⁰ Voir l'article « Régionalisation de la santé, l'exemple vient aussi du Sud », extrait de la lettre des décideurs hospitaliers du vendredi 9 avril 99, n°99, page 2 et 3

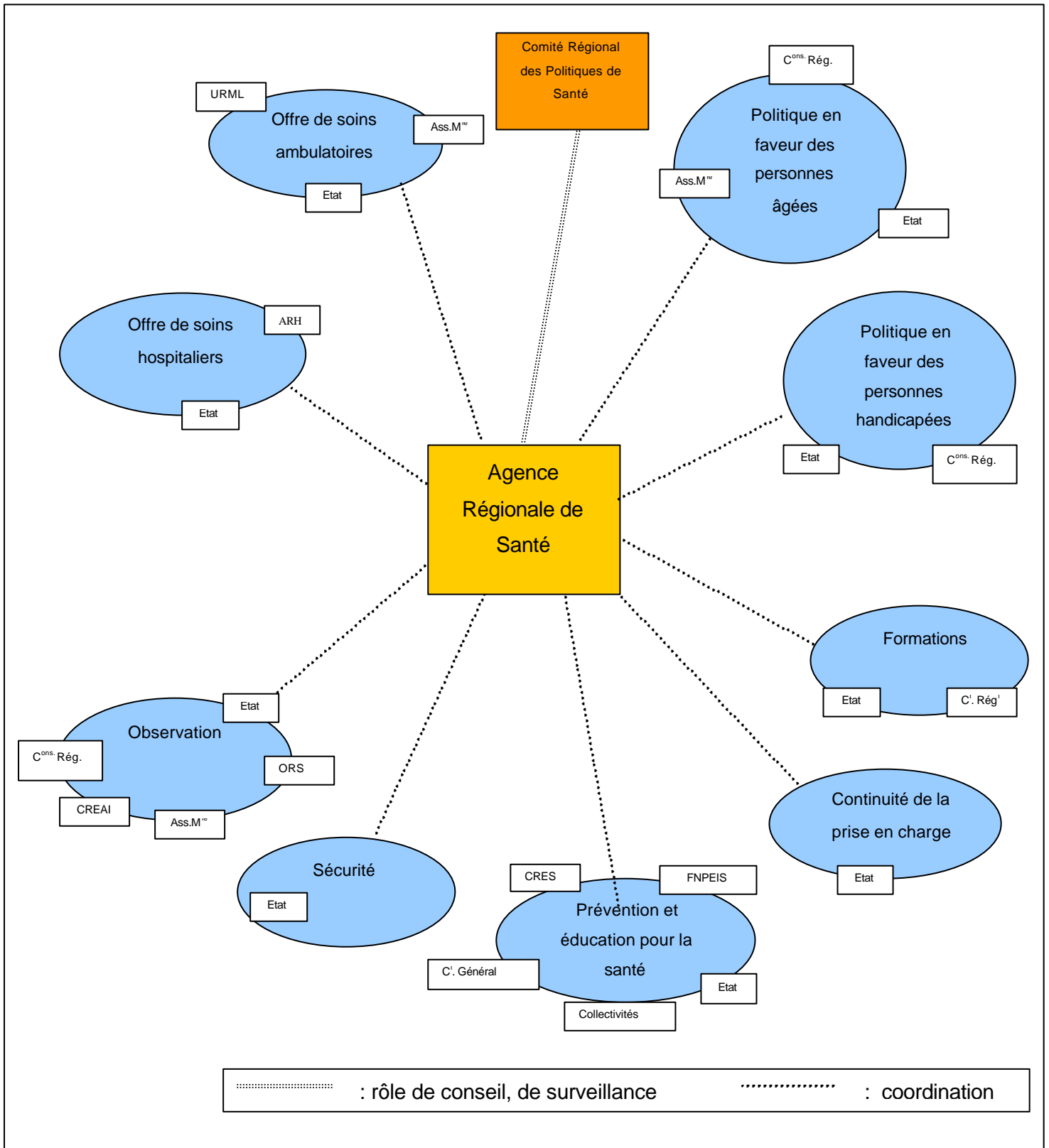
¹¹ Rapport de l'ENA relatif à l'organisation sanitaire, Promotion « Nelson Mandela » 1999-2001

Ainsi, l'idée d' «agence régionale de santé » (ARS), proposée à l'origine par le **rapport Soubie**¹² est aujourd'hui au cœur des débats sur l'organisation de la santé. Mais cette formule peut recouvrir en réalité des évolutions très différentes. En effet, d'une hypothèse à l'autre, son champ de compétences, les moyens qui lui seraient attribués varient et sa tutelle ne fait pas l'unanimité.

Cela est susceptible d'entraîner des conséquences sur les compétences d'une pluralité d'acteurs. Il est en premier lieu utile de rappeler la constellation actuelle des acteurs potentiellement concernés par une future A.R.S.

Voir schéma page suivante.

¹² SANTE 2010, Rapport du groupe de « Prospective du système de santé » présidé par Raymond Soubie
ENSP – Module interprofessionnel de santé publique – 2002



Il est possible d'imaginer des A.R.S. comme des A.R.H. aux compétences plus étendues. Il s'agit donc de se poser la question d'adjoindre aux champs actuels des A.R.H. celui des soins de ville, du secteur médico-social et de la prévention.

Serait-il encore pertinent de laisser aux D.D.A.S.S. la gestion du secteur social si l'on souhaite raisonner en terme de prise en charge globale de la santé ? Enfin, qu'advient-il de l'assurance maladie ?

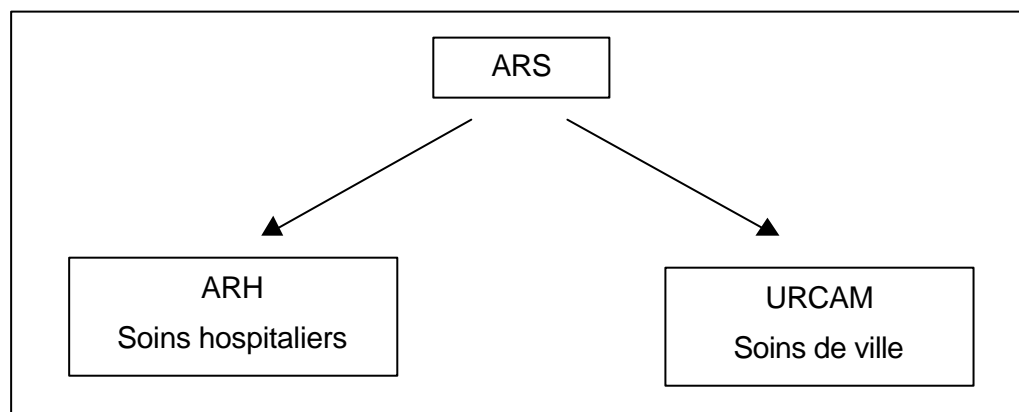
- Les différents scenarii¹³

Il est possible d'envisager deux voies : un **modèle de coordination** (fédératif) et un **modèle d'intégration** (fusion) qui peuvent, eux-mêmes, se décliner de plusieurs façons.

MODELE DE FEDERATION

Dans ce modèle **deux scenarii** sont envisageables selon le champ de compétences attribué à l'ARS.

⇒ On peut tout d'abord imaginer une **ARS qui pilote le système de soins en fédérant les acteurs d'aujourd'hui.**



L'ARS pourrait être dirigée par un conseil d'administration qui regroupe 4 composantes : des représentants de l'État, des élus, des administrateurs de l'URCAM, des professionnels de santé.

L'ARS dans cette hypothèse ne dispose pas nécessairement d'un directeur général. C'est un conseil d'administration qui la pilote. Dans ce cas de figure, la prévention et le secteur médico-social sont organisés en lien avec, mais en dehors, de l'ARS. Ils sont pilotés par les services de l'État en relation avec les collectivités territoriales.

Les Conseils régionaux peuvent **contractualiser** avec l'État dans le cadre des Contrats de plan État-Région à l'image de ce qui se pratique déjà dans certaines régions françaises de façon très aboutie dans le Nord Pas-de-Calais mais aussi en Haute-Normandie ou en Ile de France. Le Conseil régional co-gère alors :

- le financement de la prévention au travers des Programmes Régionaux de Santé,

¹³ inspiré de la Conférence des DRASS du 30 août 2002 et de l'entretien avec Mr C. GALAMETZ

- la formation notamment des professions para-médicales.

Mais le Conseil régional peut aussi interpeller les gestionnaires :

- sur la détermination des besoins (co-financement d'études),
- sur l'expression de la demande (participation aux débats),
- sur l'organisation de l'offre de santé (intégration au comité régional des politiques de santé) dans un partenariat avec les institutions gestionnaires (État, Assurance maladie) et par une présence ou des contacts avec tous les acteurs de santé institutionnels et associatifs.

Le contrôle de la sécurité sanitaire demeure une compétence d'État exercée en région sous l'autorité du Préfet, de même que l'observation de la santé et la veille sanitaire.

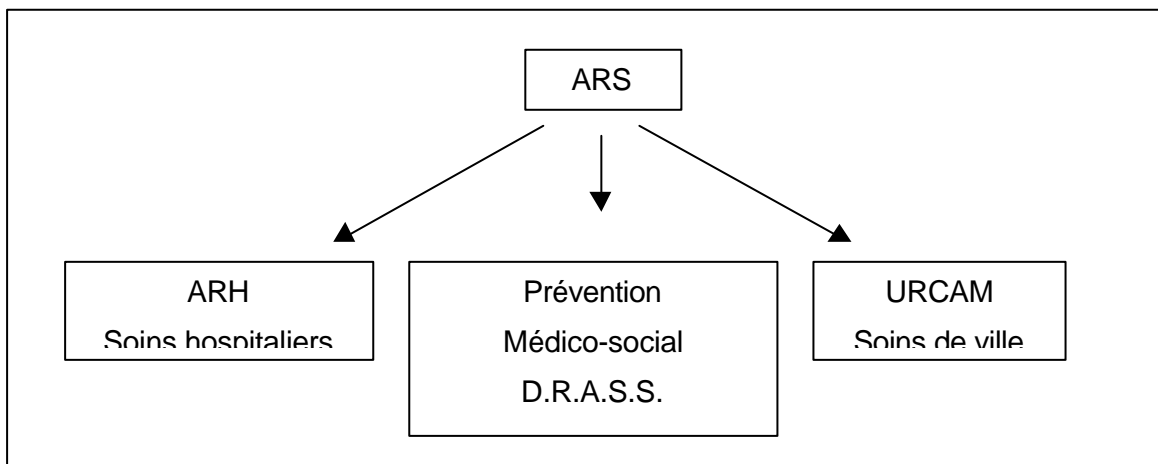
Points forts de l'ARS fédérative :

Ce modèle permet un dialogue entre gestionnaires mais évite au Conseil régional la responsabilité politique de la décision. La mise en place des Conseils Régionaux de Santé prévus par la loi du 4 mars 2002 aurait permis d'institutionnaliser ce pouvoir d'interpellation de l'État par les régions.

Points faibles de l'ARS fédérative :

Cette configuration rendrait difficile la co-existence entre le conseil d'administration de l'A.R.S. et celui de l'U.R.C.A.M. à moins de réformer ce dernier.

⇒ On peut également envisager une ARS avec élargissement de compétences



Ce scénario diffère simplement sur l'ouverture du champ à de nouveaux domaines. Dans ce cas le conseil d'administration de l'A.R.S. est aussi compétent pour arrêter les

Programmes Régionaux de Santé (à la place du Préfet de Région) et les schémas médico-sociaux en lien avec les Conseils généraux.

Points forts d'une ARS avec élargissement de compétences :

Cette modalité permettrait une vision plus globale de l'organisation régionale de la santé en incluant le champ de la prévention et le secteur médico-social dans cette collaboration inter-institutionnelle.

Points faibles d'une ARS avec élargissement de compétences :

Du fait de la persistance de chaque institution avec ses logiques propres, la prise de décisions dans une telle structure risque d'être difficile.

Les chevauchements déjà présents dans le fonctionnement actuel risquent de perdurer.

MODELE DE FUSION

On peut imaginer un scénario plus intégrateur avec la constitution d'un seul opérateur : l'ARS intégrée. L'ARS se substitue alors aux opérateurs existants et elle devient **l'opérateur unique**. Elle pourrait comporter plusieurs directions opérationnelles : hôpital, ambulatoire, prévention et éducation pour la santé, et médico-social.

L'ARS pourrait être administrée par un conseil d'administration et dirigée par un directeur général. Il resterait à préciser la qualité et les modalités de désignation du président du conseil d'administration et ses relations avec le Préfet de région.

Dans ce scénario, la question de la préservation de l'autonomie de l'assurance maladie est difficile à résoudre.

En fonction du dosage décentralisation/déconcentration trois déclinaisons sont envisagées : **ARS déconcentrée, ARS décentralisée et co-gestion par la Région et l'État.**

⇒ **ARS déconcentrée**

Si les ARS étaient constituées en forme d'établissement public, elles auraient vocation à accueillir dans le cadre de détachement ou de mise à disposition des agents de l'État, de l'assurance maladie ou de la fonction publique hospitalière.

Points forts d'une ARS déconcentrée :

L'hypothèse d'une ARS sous l'autorité d'un fonctionnaire d'État distinct du préfet aurait pour seule spécificité par rapport à l'ARH d'étendre son champ de compétence à la prévention, au médico-social et à l'ambulatoire.

Points faibles d'une ARS déconcentrée :

Une telle hypothèse présente des inconvénients. Pour éviter tout risque de confusion entre les différents services de l'État pouvant mener des actions conjointes dans le domaine de la santé, il serait nécessaire de réunir ces personnels sous le contrôle de l'ARS. Ceci supposerait des transferts de personnel extrêmement lourds et des découpages délicats au sein des services. Le maintien des personnels de l'assurance maladie aujourd'hui présents dans l'ARH apparaît de surcroît difficile à envisager dans une telle configuration.

Au delà de l'esquisse de l'architecture organisationnelle des ARS, il est difficile de taire les questions que pose la création des ARS :

- l'avenir des URCAM
- la recomposition des services déconcentrés

L'unification des compétences sanitaires des DDASS, DRASS et ARH sous l'égide des ARS ne manquerait pas de poser la question des services compétents pour l'action sociale de l'État. Faudrait-il laisser subsister des « **DDASS sociales** » ou redonner aux préfetures une compétence directe en matière d'action sociale ou confier l'action sociale aux ARS ?

⇒ **ARS décentralisée**

L'autre voie serait celle de la décentralisation « politique » de la santé, du transfert aux Conseils régionaux de compétences sanitaires soit consultatives soit décisionnelles. Dans ce cas, la question de la responsabilité financière des Conseils régionaux en matière de santé ne manquerait pas d'être posée ce qui renvoie à la possible régionalisation de l'assurance maladie et à des transferts de la fiscalité nationale.

Un transfert de moyens humains et de moyens juridiques, surtout dans le cas d'une délégation à l'Assurance maladie, ne manquerait pas non plus de s'imposer.

L'État garderait sa fonction régalienne :

- de veille et de sécurité sanitaire par le canal des agences sanitaires,
- de détermination des moyens nationaux et de corrections des inégalités régionales,
- de contrôle et d'évaluation
- de législation.

Cette voie de la décentralisation pourrait s'apparenter aux régies régionales de la santé du système québécois. Ces régies s'apparentent en effet à des institutions décentralisées territoriales à vocation purement sanitaire et sociale. A travers son conseil d'administration élu par différents collèges, elle opère une large association des acteurs locaux.

Points forts d'une ARS décentralisée :

Cette voie devrait passer par la création d'un **statut constitutionnel des régions**, ce qui semble souhaité par le gouvernement actuel.

Le niveau régional apparaît de plus en plus comme le lieu privilégié de déclinaison des politiques de santé publique. L'État est désormais doté d'interlocuteurs régionaux (URML, URCAM). Par ailleurs, des fonctions stratégiques sont déjà assurées à l'échelon régional : observation des besoins (ORS), définition des priorités (PRS), planification (SROS).

Points faibles d'une ARS décentralisée :

Sa transposition en France ne manque cependant pas de soulever un certain nombre de difficultés. La première tient à la répartition des sièges dans l'instance décisionnelle et aux conséquences qu'elle emporte. Il s'agit de déterminer à quel acteur (État, Assurance maladie, collectivités) est confié un rôle prédominant dans le système.

La seconde interrogation tient aux moyens dont disposerait cette ARS. En effet, elle devrait avoir une autorité fonctionnelle sur l'ensemble des personnels mettant en œuvre les politiques de santé publique qu'ils relèvent de l'État, de l'assurance maladie ou des collectivités locales. La question de la coexistence d'autorités hiérarchiques (celle du préfet ou du président du conseil général) et d'autorités fonctionnelles, qui pose problème aujourd'hui pour les seules DDASS serait rendue encore plus aiguë.

⇒ **Co-gestion par la Région et l'État**

C'est un modèle du **partage de responsabilités**. Le Conseil Régional gère la prévention et l'État gère le soin (ambulatoire et hospitalier) en fonctionnement. Les deux institutions co-gèrent l'investissement immobilier et les équipements hospitaliers.

Par ailleurs, l'État garderait ses missions régaliennes citées dans la déclinaison précédente.

L'ARS pourrait prendre un statut de Groupement d'Intérêt Public. Elle disposerait d'un Conseil d'Administration composé d'acteurs de santé et présidé par le Président du Conseil Régional. Sa direction serait assurée par un haut fonctionnaire de l'État.

On pourrait ainsi imaginer un conseil d'administration composé de 4 collèges :

- un collège des élus locaux et des parlementaires,

- un collège des élus des organismes d'assurance maladie pouvant associer le Président de la CRAM et certains présidents de caisses primaires avec une recherche d'équilibre entre les divers régimes,
- des représentants des établissements de santé et des professionnels libéraux : FHF, FEHAP, URIOPSS, URML et conseil régional de l'ordre,
- un collège des usagers

Points forts de la co-gestion :

Cette modalité permettrait l'expression de tous les acteurs de santé à l'échelon régional.

La structure est dirigée par un fonctionnaire d'État qui serait plus garant de l'équité dans les différentes régions, indépendamment des pressions politiques locales

Points faibles de la co-gestion :

Le rôle du fonctionnaire d'État qui pourrait être influencé par des intérêts plutôt nationaux que locaux.

• A partir des différents scénarii, comment faire un choix ?

Le choix devrait d'abord reposer sur les quatre principes fondamentaux du système de santé français reconnus de façon consensuelle : l'universalité, l'équité, la qualité et la proximité.

Aujourd'hui l'universalité n'est pas atteinte malgré la CMU, le ticket modérateur écarte encore une partie importante des usagers de certains soins.

Par ailleurs, aucune prise de responsabilité en Région ne pourra éluder la question fondamentale de la maîtrise de l'implantation des professionnels.

Ce choix devra bien sur favoriser la mise en place d'une politique globale en matière de santé : ne plus dissocier le champ de la prévention de celui du curatif et mettre en lien le secteur sanitaire, médico-social et social.

La décentralisation ne pourra réussir que si elle est négociée entre l'État et la Région dans le cadre d'une loi précisant les engagements de chacun. L'État devra d'abord redéfinir son rôle dans une **loi de programmation** qui préciserait ses missions propres, ses missions déléguées et ses missions partagées ou concédées. Ces engagements pourraient faire l'objet d'un débat annuel lors de la loi de financement de la Sécurité Sociale.

Les engagements du Conseil Régional devraient reposer sur une base de démocratie sanitaire afin de mieux déterminer les besoins et les attentes.

Des expérimentations pourront avoir lieu pour valider la fonctionnalité de ces différents scénarii. Les prochaines « assises des libertés locales » qui devraient être organisées dans les régions d'ici la fin de l'année 2002 pourraient conclure à ce type de propositions.

Par ailleurs, les « consultations régionales de santé » (voir page 13) qui devront également être menées d'ici décembre 2002 pourront être également un lieu de réflexion et les premiers pas vers de nouvelles modalités d'organisation des priorités de santé publique à l'échelon régional.

2.2.2 Le processus de régionalisation impliquerait, dans une perspective décentralisatrice, une refonte de l'organisation de l'assurance maladie et des modes de régulation financière

Lors de son discours devant la Commission des comptes de la Sécurité Sociale, le 24 septembre 2002, le ministre de la Santé, M. Jean-François Mattei, a dégagé plusieurs priorités pour améliorer le système de santé français, notamment la volonté de clarifier les responsabilités de l'État et de l'assurance maladie ainsi que les circuits financiers. Pour ces deux missions, la régionalisation apporte des réponses mais sa mise en œuvre n'est pas sans poser des difficultés.

- Les conséquences de la décentralisation sur l'assurance maladie

La probable avancée dans le processus de régionalisation est un motif supplémentaire de réforme de l'assurance maladie :

- le paritarisme traverse une période de crise (le MEDEF a quitté le Conseil d'administration),
- la situation financière reste instable (déficit de six milliards d'euros pour 2002)

La régionalisation imposerait de remanier profondément les bases de l'assurance maladie : découpage territorial des caisses et diversité des régimes.

Deux voies de réforme sont possibles pour l'assurance maladie selon le degré de décentralisation envisagé :

- Dans le cas d'une **décentralisation partielle**, les Conseils régionaux auraient un rôle décisionnel en matière d'investissement, de planification et de prévention. On assisterait alors, à une simple substitution, plus ou moins large, de la région à l'État. Tant que les dépenses engagées par le Conseil Régional sont assumées par la région, l'impact de la régionalisation sur l'assurance maladie reste faible.

- Dans le cas d'une **décentralisation plus poussée**, une véritable régionalisation de la gestion du risque paraît indispensable, et avec elle, une refonte en profondeur de l'organisation de l'assurance maladie : les organismes régionaux devraient gagner en autonomie. Ce faisant, la CNAMTS perdrait ses compétences de gestion et deviendrait, en quelque sorte, une agence nationale chargée du pilotage de la politique d'assurance maladie.

Cette seconde configuration est, certes, plus novatrice par les avantages qu'elle présente, mais génère aussi plus de critiques. Les caisses régionales seraient, dans ce cas de figure, pleinement autonomes dans leur gestion. Cette autonomie ne pourrait être effective que si les instruments de maîtrise de l'équilibre financier leur étaient confiés, ou du moins délégués. On peut imaginer qu'un « **accord-cadre** » national laisse la région fixer ses propres tarifs, ou définir ses conditions de remboursement, tout en rendant des comptes à l'échelon national. L'équilibre des comptes pourrait également être validé en dernier ressort par le Conseil régional.

En plus de la clarification des responsabilités de chacun, d'autres avantages sont attendus d'une réforme de ce type : les gains en terme d'efficacité de gestion sont probables. Plus autonomes, les caisses seraient davantage à même de négocier avec les professionnels libéraux de santé. Il en résulterait une meilleure répartition des médecins sur le territoire (par une régionalisation des honoraires).

Un tel scénario n'est pas sans présenter quelques limites au regard de la transformation du **pacte social** qu'il implique. Pour que la capacité de financement des régions soit préservée, il faudrait mettre en place un système de péréquation entre les ressources d'assurance maladie des différentes régions. Un tel système s'annonce complexe du fait du manque d'informations qualitatives dont dispose l'assurance maladie, surtout si on y ajoute la nécessité de coordonner étroitement les différents régimes de Sécurité sociale. Enfin, et surtout, régionaliser le financement ferait disparaître *de facto* une solidarité interrégionale déjà insuffisante. La question de l'équité ne manquerait pas de se poser, les inégalités dans l'accès aux soins étant plus accentuées.

- Une régulation financière régionale nécessaire mais qui se heurte à des limites

Si elle s'avère indispensable, une régulation au niveau régional se heurte à **plusieurs difficultés**. Cette réflexion présente néanmoins le mérite de centrer le débat, non plus sur les institutions de la régionalisation, mais plutôt sur les outils de celle-ci.

La régionalisation des enveloppes financières et des responsabilités de gestion rendrait plus aisée la coordination régionale des soins. De surcroît, en rendant **fongibles** les différentes enveloppes, la régulation régionale garantirait plus efficacement la "maîtrise médicalisée" des dépenses de santé, mais comment y parvenir ?

Jusqu'à présent, on peut constater le relatif échec de la régulation de l'ambulatoire. L'éventuelle transposition à la médecine de ville du mécanisme d'enveloppe globale indicative n'apparaît pas pertinente car la médecine de ville peut difficilement être assimilée à un **budget impératif**.

Néanmoins, différentes formules de régulation financière commencent à émerger. La première possibilité envisagée consisterait à fixer au niveau national des enveloppes financières pour chaque secteur, puis à les distribuer par région. Cette opération reviendrait à élaborer des sous-budgets étanches pour chaque région et chaque secteur. L'inconvénient de cette méthode serait de rigidifier le système en empêchant la possibilité de redéploiement entre les secteurs. Pour que le processus de régionalisation soit porteur de progrès, il faudrait que les régulateurs régionaux disposent de marges de manœuvre et puissent expérimenter des voies de régulation alternatives.

Dans ces conditions, une **approche modérée de la décentralisation** consisterait à proposer un financement régional à la marge : **une partie de la répartition des ressources au sein du système de soins serait organisée au niveau régional**. La région pourrait se voir transférer tout ou partie des recettes de la Contribution Sociale Généralisée.

Une formule alternative est proposée par la Coordination des Directeurs d'ARH dans une note du 15 mai 2002 à l'attention du ministre. L'échelon central devrait distinguer deux dotations pour chaque région avec une fourchette de modulation annuelle laissée aux régions :

- Une dotation consacrée à la rémunération à l'acte et aux prescriptions des professionnels de santé libéraux
- Une dotation (confiée à l'ARS) qui distinguerait :
 - Une enveloppe dite de santé publique pour le développement de la prévention et l'organisation en réseaux,
 - Une enveloppe consacrée aux établissements sous dotation globale,
 - Une enveloppe affectée au financement des cliniques,
 - Une enveloppe couvrant les dépenses de soins des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes.

Différentes modalités de financement permettraient d'assurer une double régulation, à l'échelon national et régional :

- Tout dépassement de l'objectif global régional pour une année considérée viendrait en minoration de l'enveloppe accordée l'année suivante

- Un principe de fongibilité des enveloppes, à l'échelon régional, serait posé, dans des limites annuelles déterminées à l'échelon national. Outre les habituels contrats d'objectifs et de moyens, l'ARS aurait à sa disposition un nouvel instrument de régulation : la reconnaissance, dans le cadre de conventions nationales passées avec les professionnels libéraux de santé, d'une marge de manœuvre pour la fixation des tarifs.

LES CONCLUSIONS DU GROUPE

Après avoir étudié les différentes perspectives d'évolution, et essayé de porter une appréciation sur leurs avantages et leurs inconvénients, le groupe est parvenu à se faire une idée des perspectives d'évolution de la régionalisation du système de santé.

Bien entendu, il n'est pas question de préconiser ou prendre position pour une solution idéale ou souhaitable mais de s'attacher plus pragmatiquement à voir les perspectives plausibles à court terme compte tenu de l'héritage organisationnel français. Dans cette hypothèse, nous avons tiré les conclusions suivantes :

- une des idées force serait de promouvoir une gestion globale de la santé au niveau régional qui permette de dépasser les cloisonnements entre les différents secteurs, ce qui permettrait de territorialiser la politique de santé. Le partenariat entre les différents acteurs répond à cette attente. La prise en charge globale et financière du patient pourrait consister en un remboursement à la pathologie et non plus à l'acte, s'inscrivant ainsi dans le cadre de la régionalisation et de la fongibilité des enveloppes ambulatoire et hospitalière.
- il importe ensuite de mieux cerner les besoins de la population. En effet, les crédits fléchés ont montré leurs limites et contribuent peu à l'efficacité. Ils sont parfois surabondants pour des domaines qui ne constituent pas les besoins prioritaires de la région. La régionalisation du système de santé permettra la mise en place d'une réponse différenciée en fonction des besoins exprimés localement.
- l'idée qui nous est apparue également essentielle c'est que la déconcentration si elle permet la rationalisation du système de santé et la maîtrise budgétaire, nécessite l'introduction d'une « respiration démocratique » par l'apport d'une dose de décentralisation. La régionalisation du système de santé suppose en effet un équilibre, non proportionnel mais harmonieux, entre déconcentration et décentralisation. A ce titre, une des propositions recueillie lors des entretiens, et qui nous semble plus particulièrement pertinente, consisterait à mettre en place une ARS où siègeraient des élus au sein du conseil d'administration (assemblée exécutive). Une collaboration avec le Conseil régional pourrait être développée. Cette ARS à naître ne serait pas par conséquent totalement un produit de la déconcentration, ni pour autant une ARS décentralisée. Cette ARS « hybride » aurait le mérite de conjuguer les avantages des

deux modes d'administration en permettant une cogestion. Concept déjà utilisé par l'OMS dans le cadre de « l'initiative de Bamako ».

- Si l'on veut en revanche faire des prospectives sur le long terme et réfléchir sur des modèles possibles, ce travail nous a permis de prendre conscience qu'une décentralisation achevée, où la région aurait des compétences en matière de santé et déterminerait « une politique de santé régionale », impliquerait au préalable une réforme de l'assurance maladie et ne pourrait être introduite en l'état actuel de l'organisation administrative et politique de la France. Cela supposerait également une réforme des financements de la part de l'État qui devrait donner aux régions les moyens de leurs compétences. L'État n'aurait plus qu'un rôle de garant de l'équité et de l'évaluation, a posteriori, des objectifs nationaux affichés .
- La loi du 4 mars 2002 prévoyait une représentation des usagers dans l'instance consultative par le biais d'associations agréées. Avec la remise en question de ce texte législatif, la question de la représentation des usagers reste posée.

LISTE DES ENTRETIENS

Madame le Docteur BLONDEAU, médecin conseil à la caisse régionale d'assurance maladie (CRAM) de Haute-Normandie

Monsieur CHERASSE, directeur de l'union régionale des caisses d'assurance maladie (URCAM) d'Ile-de-France

Monsieur William DAB, conseiller technique au cabinet du ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées

Monsieur René DEMEULEMEESTER, médecin inspecteur régional à la DRASS du Nord Pas-de-Calais

Monsieur Claude GALAMETZ, vice-Président, délégué à la santé du conseil régional du Nord Pas-de-Calais

Madame Catherine GAY, service santé du conseil régional de Haute-Normandie

Monsieur Claude HUMBERT, directeur de l'URCAM Bretagne

Monsieur LAPLACE, inspecteur principal des affaires sanitaires et sociales à la DRASS d'Ile-de-France

Madame Christine LEFRECHE, inspectrice principale des affaires sanitaires et sociales à la DDASS de la Seine-Maritime

Monsieur LE GOFF, directeur général adjoint du CHU de Rennes

Monsieur Christian NICOLAS, directeur d'hôpital en poste à la direction générale de la santé

Madame PODEUR, directrice de l'agence régionale de l'hospitalisation de Bretagne

Madame Dominique POLTON, directrice du centre de recherches, d'études et de documentation en économie de la santé (CREDES)

Monsieur Fodé SIMAGA, directeur de l'union régionale des médecins libéraux (URML) de Bretagne

Madame Gisèle THOMES, directrice adjointe à la DDASS de Bordeaux

Monsieur Hubert VALADE, directeur de la DRASS de Haute-Normandie

BIBLIOGRAPHIE

TEXTES LEGISLATIFS ET REGLEMENTAIRES

Loi n° 91-748, du 31 juillet 1991, portant réforme hospitalière.

Décret n° 92-604 du 1^{er} juillet 1992, portant charte de la déconcentration.

Loi n° 93-8, du 4 mars 1993, relative aux relations entre les professionnels de santé et l'assurance maladie.

Ordonnance n° 96-5, du 24 janvier 1996, relative aux mesures d'urgence tendant au rétablissement de l'équilibre financier de la sécurité sociale.

Ordonnance n° 96-344, du 24 avril 1996, portant mesures relatives à l'organisation de la sécurité sociale.

Ordonnance n° 96-345, du 24 avril 1996, relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de santé.

Ordonnance n° 96-346, du 24 avril 1996, portant réforme de l'hospitalisation publique et privée.

Loi n° 2002-303, du 4 mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

OUVRAGES

DE KERVASDOUE (J.), Le carnet de santé de la France en 2000, Ed. Syros, Paris 2000

MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE, DATAR, CREDES, Quel système de santé à l'horizon 2020 ? Ed. La Documentation Française, Paris 2000

MOUGEOT (M.), Régulation du système de santé, Ed. La Documentation Française, Paris 1999.

ARTICLES

ABALLEA (P.), CORMIER (M.), Les agences dans le système de santé : un nouveau paysage institutionnel ? , *Actualité et Dossiers en Santé Publique*, décembre 2001, pp 41-45.

ANDRE (S.), L'organisation du système de santé, *Actualités sociales hebdomadaires*, n°2270, juillet 2002

BRECHAT (P.H.), DANZON (A.), SALINES (E.), SCHAETZEL (F.), La régionalisation : l'expérience de la Catalogne, *Actualité et Dossiers en Santé Publique*, décembre 2001, pp 61-67.

BUDET (J.-M.), La régionalisation du système de santé, *Cahiers hospitaliers* n°160, septembre 2000, pp28-33.

COORDINATION MEDICALE HOSPITALIERE, La régionalisation du système de soins et l'évolution de la carte sanitaire, ? ? ?

DECISION SANTE n° 159, mars 2000, La régionalisation du système de santé en débat.

ETUDE ET RESULTATS, n° 95, décembre 2000, DREES, Les disparités interrégionales des dépenses de santé.

EVIN (C.), et al, La santé, l'expert et le patient, *Projet*, fascicule 2000.

LA LETTRE DES DECIDEURS HOSPITALIERS, n° 99 avril 1999, La régionalisation, entre nécessité et incertitudes.

MICHEL (M.), BELLANGER (M.), La réorganisation sanitaire et médico-sociale, entre enjeux étatiques, pouvoirs locaux et construction européenne, *Econométrie de la santé XIV : Santé et régionalisation*, Ajaccio, octobre 2002, pp 1-2.

NICOLAS (C.), Les programmes régionaux de santé, *Actualité et Dossiers en Santé Publique*, n° 30, mars 2000, pp 23-26.

POLTON (D.), L'avenir de la Sécurité Sociale passe-t-il par la régionalisation ? Encyclopédie de la protection sociale, Ed. Economica, 2000

PRADEAU (F.), BAUDEAU (D.), BENZ-LEMOINE (E.), PRADEAU (M.-C.), Régionaliser : quels obstacles ? *Le concours médical*, janvier 2002, tome 124-03, pp 200-203.

TABUTEAU (D.), La régionalisation du système de santé en question, *Droit social* n° 7/8, juillet 2002, pp 745-747.

REVUE FINANCES ET GESTION, n° 66, janvier 2002.

RAPPORTS, DOCUMENTS DE TRAVAIL, DISCOURS

CANIARD (E.), La places des usagers dans le système de santé, rapport pour le ministère de la solidarité, de la santé et de la protection sociale, Paris 2000.

COMMISSARIAT GENERAL DU PLAN, Une décentralisation du système de santé, Ed. La Documentation française, Paris 1986.

CONFERENCE DES DRASS, Eléments de réflexion sur l'organisation du pilotage des politiques de santé, 30 août 2002.

COORDINATION DES DIRECTEURS D'ARH ; Eléments de réflexion sur les Agences régionales de santé, pour une réponse globale aux besoins de la population, Rennes, mai 2002.

DOSIERE (G.), La décentralisation en matière d'action sociale et de santé : présentation des enjeux et des propositions, août 2002.

ECOLE NATIONALE D'ADMINISTRATION, L'organisation sanitaire, Promotion Nelson Mandela, 1999-2001.

EVIN (C.), Synthèse des travaux et conclusions du groupe de travail sur la régionalisation du système de santé, Assemblée Nationale, commission des affaires culturelles, familiales et sociales, Paris 2000.

EVIN (C.), CHARLES (B.), DENIS (J.-J.), Rapport sur le projet de loi relatif aux droits des malades et à la qualité du système de santé, Assemblée Nationale, commission des affaires culturelles, familiales et sociales, Paris 2001.

FOUQUET (M.), Transversalité, financement, régionalisation ? 2^e atelier de l'économie de la santé, Rennes, septembre 2001, pp 1-5.

MATTEI (J.-F.), Ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées, Discours devant la Commission des comptes de la sécurité sociale, 24 septembre 2002.

PREEL (J.-L.), Une véritable régionalisation, Internet, site Medcost, avril 2002.

RAFFARIN (J.-P.), Déclaration de politique générale du Gouvernement. Le 3 juillet 2002.

SNAM, Faut-il régionaliser la santé ? Malte, avril-mai 2001, pp 1-5.

Grille d'entretien

	ARH	CHU	URML	Conseil régional	CRAM URCAM	DRASS DDASS	Cabinet ministre Santé, DGS	Dominique Polton
Q u e s t i o n s c i b l é e s	1/ Définition de la régionalisation							
	2/ Conséquences de la loi sur les attributions de chaque acteur La mise en place des conseils régionaux de la santé : vers une meilleure représentativité des usagers, des élus, des professionnels ? Entraine-t-elle un changement d'attribution pour les acteurs ? Quelle est la place des acteurs dans le processus décisionnel ?							
	3/ Organisation actuelle du système de santé et ses imperfections Chevauchements de compétences Cloisonnement des acteurs et des secteurs Pertinence de l'échelon régional Efficacité du système (dont organisation financière) Complexité de financement, d'organisation... Prise en compte de la prévention							
	4/ Perspectives Quel avenir pour l'Assurance maladie ? Quelle combinaison déconcentration/décentralisation ? Réorganisation des services de l'Etat ? Quel avenir pour les réseaux ? Agences régionales de santé ?							
Q u e s t i o n s c i b l é e s	"Préfet sanitaire"	Quelle implication dans les CRS ? Place des hôpitaux dans les réseaux ?	La déconcentration n'est-elle pas néocolbertiste ?	Quel rôle le CR peut-il jouer dans le domaine de la santé ?	Comment travailler ensemble ?	Comment travailler ensemble ?	Clivage droite / gauche ?	La réorganisation du système de santé va-t- elle vers plus de démocratie sanitaire ?
	"ARS"		Les médecins libéraux sont-ils un obstacle à la régionalisation ?				Déconcentration / décentralisation ?	Expériences étrangères
	Quel partenariat dans les CRS ?		La rémunération est- elle adaptée à la participation aux réseaux ?				Peut-on infléchir la loi par les décrets d'application ?	
	Comment travailler ensemble ?		Cette loi réglera-t-elle le problème de répartition géographique des médecins libéraux ?				Avenir et réorganisation des services déconcentrés de l'Etat ?	