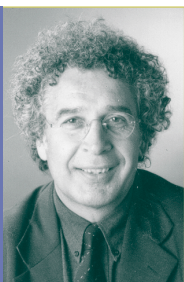


Quelle politique régionale pour la santé ?



EDITO

par Jacques CATON,
Président de l'Union Rhône-Alpes
jacques.caton@upmlra.org

Une politique déconcentrée, décentralisée, régionalisée ?

Le poids des mots, la réalité des propos.

La santé ou au moins son organisation est en crise, et c'est toujours lorsqu'il y a crise des valeurs et crise de la culture, que l'on ne sait plus réguler l'appareil. La santé historiquement très décentralisée a vu sa centralisation augmenter avec les siècles notamment au XIXème où l'hôpital a été récupéré comme le lieu du savoir. Le dispositif de soins est à reconstruire mais faut-il le faire en déconcentrant, en décentralisant ou en régionalisant ? La déconcentration étant un transfert du pouvoir de décision du niveau central : par exemple création des ARH par les ordonnances JUPPE de 1996, la décentralisation un transfert des compétences de l'Etat vers les collectivités territoriales qui existent depuis plus de 20 ans, (date de l'élaboration des lois DEFFERRE), et enfin la régionalisation un renforcement du rôle des structures et des acteurs régionaux.

Le premier Ministre Jean Pierre RAFFARIN, s'est prononcé dans sa déclaration de politique générale du 3 Juillet 2002 devant l'Assemblée Nationale pour une nouvelle "gouvernance du système de santé et d'assurance maladie" reposant sur trois principes :

- 1°) une plus grande clarté dans les rôles et dans les financements de l'Etat et de l'assurance maladie,
- 2°) une responsabilisation de tous,
- 3°) la volonté d'une plus grande proximité avec les citoyens, grâce à une régionalisation accrue, favorisant une prise en charge plus cohérente et plus adaptée".

Ces notions, bien évidemment, ont été reprises par Jean François MATTEI, Ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées, dans une interview au journal LE FIGARO du 2 Octobre 2002 :

"peu à peu, je constate qu'un consensus émerge contre le niveau national, éloigné du terrain et le niveau départemental parfois trop petit pour disposer des compétences nécessaires, le niveau régional devient l'unité de base de l'organisation du système de santé ...".

Sommaire

Pages 1-2

Editorial

Page 3

Résultats de l'enquête: le contexte politique

Page 4

Qu'en pense le terrain?

Page 5

La circonscription régionale

Page 6

Existe-t-il un clivage droite/gauche?

Pages 7-8

Le point de vue des élus régionaux

Pages 9

Les modèles de décentralisation envisagés

Page 10-11

Questions autour d'une réforme annoncée

Page 11-12

Jusqu'où régionaliser ?

Page 12-13

Quelles compétences régionaliser ?

Page 13

Conclusion

Page 14-15

Quelle politique régionale pour la santé ?

Page 16

Entretien avec Jean-Luc Prél, député de Vendée et Secrétaire National UDF pour la Santé

Par ailleurs, un sigle s'est retrouvé dans tous les programmes de santé déclinés par les candidats à l'élection présidentielle : ARS ou Agence Régionale de Santé. Que recouvre ce terme paru pour la première fois dans le rapport de R. SOUBIE de 1993 (Santé 2010) ? Que recouvre-t-il en terme de gestion du système de soins, de financement ? Quelle est la place des élus régionaux ? S'agit-il d'une déconcentration précédant une décentralisation ou d'une véritable régionalisation ?

L'Union Régionale des Médecins Libéraux Rhône Alpes a souhaité apporter sa pierre dans la construction de l'édifice, en publiant la première enquête exhaustive auprès de tous les Conseils régionaux de France, enquête réalisée par des chercheurs du Groupe Image sur la position actuelle des Régions face au projet de régionalisation de la santé. Par ailleurs, l'Union Régionale des Médecins Libéraux Rhône Alpes a souhaité qu'un débat s'instaure sur le point de vue du politique concernant les projets de régionalisation et enfin a souhaité avoir le point de vue des administratifs et des usagers quant au contenu des ARS et de la régulation du système de soins.

Actuellement, la confusion la plus totale règne sur la terminologie utilisée, de même qu'une ambiguïté semble être entretenue sur la position des Conseils régionaux sur les termes de sanitaire et de santé. En effet, le conseil régional a compétence pour promouvoir "le développement économique social, sanitaire, culturel et scientifique de la région, et l'aménagement de son territoire". Les régions ont déjà une mission en matière de développement sanitaire, mais qu'en est-il sur le terrain ? Que souhaitent les conseillers régionaux dans ce domaine ? Quelle est leur perspective en matière de santé ? L'enquête réalisée à l'initiative de l'UPML Rhône Alpes démontre que la position sur la régionalisation transcende à l'évidence le clivage politique droite-gauche; que les élus ont été pris de court et qu'ils restent prudents et attentifs face à ce problème. Cependant, un certain nombre d'élus vont jusqu'à revendiquer le vote et la gestion d'un budget régional de santé, développant une réflexion stratégique à ce niveau. La crainte la plus souvent manifestée est de voir se renforcer des inégalités inter-régionales, mais celles-ci n'existent-elles pas déjà en terme de morbidité (espérance de vie chez les hommes à la naissance 71,3 ans en Nord Pas-de-Calais, 75,9 ans en Midi Pyrénées) ou en terme de financement ?

L'autre crainte exprimée par les Régions est de voir se réaliser une "décentralisation de dupes" l'Etat se défaussant sur les Régions de problèmes non résolus sur le plan national et obligeant celles-ci à effectuer des choix difficiles, et impopulaires. Mais n'est-ce pas là toute la noblesse de la politique ?

Un consensus semble se dégager sur un certain nombre de fonctions régaliennes que l'Etat doit conserver en terme de solidarité nationale et d'égalité de traitement des citoyens.

Les Unions Régionales des Médecins Libéraux créées en 1993, ont été pour les médecins un excellent observatoire des pratiques de santé sur le plan régional, nous amenant à penser que la Région est la dimension la plus pertinente pour favoriser la proximité, la responsabilité, et c'est bien dans la Région que les acteurs se connaissent le mieux. Mais jusqu'où pousser le curseur de la régionalisation ?

L'Union Professionnelle des Médecins Libéraux sera un observateur attentif de l'évolution politique en ce domaine et souhaite être un des acteurs majeurs du changement.

Il est temps en effet de transformer les mots en actes.

Jacques Caton
Président de l'UPML-RA

Quelle politique régionale pour la santé?



par Marina Serré, politiste,
Groupe IMAGE, Ecole Nationale de Santé Publique.



et Yann Bourgueil,
médecin de santé publique,
Groupe IMAGE, Ecole Nationale de Santé Publique

Résultats de l'enquête auprès des Conseils régionaux :

le contexte politique

Un consensus semble se former autour de l'idée que la Région est désormais le niveau le plus pertinent pour répondre aux principaux enjeux de la politique de santé (maîtriser les dépenses, répondre aux besoins, garantir l'équité). Comme la plupart des pays européens, la France s'est dotée d'institutions régionales chargées de participer à des degrés certes très divers, à l'élaboration d'une politique de santé régionale. Le vaste projet de décentralisation au profit des Régions annoncé par le gouvernement relance aujourd'hui le débat sur la régionalisation de la politique de santé.

“Une nouvelle gouvernance”



Le Premier Ministre Jean-Pierre Raffarin a en effet affirmé dans sa déclaration de politique générale du gouvernement du 3 juillet 2002 : *“Nous mettrons en place une nouvelle gouvernance du système de santé et d'assurance maladie. Elle reposera sur trois principes. D'abord, une plus grande clarté dans les rôles et dans les financements de l'Etat et de l'assurance maladie. Ensuite la responsabilisation de tous. Enfin, la volonté d'une plus grande proximité avec les citoyens : par une régionalisation accrue, nous favoriserons une prise en charge plus cohérente et plus adaptée”*.



Qu'en pense le terrain ?

Une enquête originale

Dans ce contexte, l'UPML Rhône-Alpes a commandité une enquête sur les positions des Conseils régionaux face aux projets de régionalisation. Elle a été réalisée entre août et décembre 2002 par deux consultants, Yann Bourgueil, médecin de santé publique et enseignant chercheur au groupe Image et Marina Serré, docteur en science politique, chercheur associé au Centre de Recherches Politiques de la Sorbonne et au groupe Image (1). Les résultats finaux de l'enquête, dont il est proposé ici une synthèse, seront présentés lors de la journée du 14 décembre 2002 et feront l'objet d'un rapport complet dont la mise en ligne sur le site de l'Union est prévue fin décembre.



Photo : Arnaud Cantrault - Pays de Loire

Des questions concrètes

Notre enquête part d'un constat : la santé ne relève pas à l'heure actuelle des compétences obligatoires des Conseils régionaux, mais le Code général des collectivités territoriales précise : *“ Le Conseil régional a compétence pour promouvoir le développement économique, social, sanitaire, culturel et scientifique de la région et l'aménagement de son territoire ”*. Les Régions ont donc déjà une mission en matière de développement sanitaire.

Qu'en est-il sur le terrain ?

Les Conseils régionaux exploitent-ils les compétences qui sont déjà les leurs en matière de santé ? Dans quels domaines ? Quelle est la nature et l'ampleur de ces actions ? Pourquoi certains Conseils régionaux n'ont pas investi la santé jusqu'à aujourd'hui ? Les élus régionaux sont-ils désireux de voir leurs compétences en matière de santé s'accroître ?

Autour de quels enjeux (santé publique, hôpitaux, démographie médicale, formation...) ? Avec quelle responsabilité politique et financière ? Comment voient-ils l'avenir de la politique de santé au niveau régional ? Quel futur pour les Conseils régionaux ? Quelle place peuvent-ils trouver dans les projets de régionalisation (Agences Régionales de Santé notamment) ?

Sur toutes ces questions, l'enquête cherche à restituer le point de vue des élus régionaux qui n'est pas toujours pris en compte dans les débats nationaux. Un regard critique sur la régionalisation qui a pour but d'inciter à une certaine prise de distance par rapport aux poncifs des débats sur la question, pour que soient abordés les enjeux véritables d'une telle réforme.

(1) Emilien Bouyssou, politiste a également été associé à la recherche sur la partie recherche documentaire et suivi du questionnaire.

La plupart des grandes réformes menées depuis la fin des années 1980 ont pour pivot la circonscription régionale

Dès 1982, les experts du Commissariat Général du Plan réunis notamment autour de M. Berthod-Wurmser envisagent la régionalisation comme une voie de réforme possible du système de santé (2). La réflexion ainsi initiée semble sommeiller une dizaine d'années avant que des rapports tels que *Santé 2010* (3) (dit rapport Soubie) et le livre blanc de 1994 (4) relancent le débat. D'après les auteurs, La maîtrise nécessaire des dépenses de santé garante du maintien de la solidarité nationale sur le risque maladie **“doit reposer sur l'invention d'un nouveau compromis social entre acteurs”**. Le niveau local proposé est la Région.

La régionalisation est amorcée en 1991 avec la création des Schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS) et des Comités régionaux de l'organisation sanitaire et sociale (CROSS) puis renforcée par la création des Agences Régionales d'Hospitalisation par l'ordonnance du 24 avril 1996 (5).

Tous les acteurs de la politique de santé sont désormais représentés au niveau régional et des fonctions stratégiques y sont déjà assurées :

observation des besoins (Observatoires Régionaux de la Santé), définition des priorités (Conférences Régionales de Santé), planification (SROSS et Programmes Régionaux de Santé), gestion du risque ambulatoire (plans inter-régimes de gestion du risque des URCAM) (6), URML. En outre, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 confie à la Région la gestion des réseaux qui sont désormais agréés par le directeur de l'ARH. Les ARH voient donc leur champ de compétence s'étendre et peuvent désormais influencer sur la réorganisation de l'offre de soins au-delà de l'hospitalisation.

Il est difficile d'établir un bilan de ces premières tentatives de régionalisation. Le premier constat qui peut être fait est que la France a jusqu'à maintenant fait le choix d'une régionalisation sous contrôle de l'État

dans un objectif de rationalisation du système et de maîtrise des dépenses de santé. La création des ARH, dont les directeurs sont nommés par le gouvernement représente une reprise en main par l'État. La loi hospitalière de 1991 et le Plan Juppé prévoient plus une déclinaison régionale de la planification qu'une véritable régionalisation de celle-ci. De même, les conférences régionales qui aboutissent à la conférence nationale de santé, ne sont pas reprises dans l'ONDAM.

L'absence d'unicité de pilotage de la politique de santé, problème posé de longue date au niveau national, devient criante avec la prolifération des institutions régionales qui n'ont finalement toujours pas résolu ce problème. Ceci explique que le débat sur la régionalisation de la santé se soit centré sur les structures de décisions à créer au niveau régional.

(2) Commissariat Général du Plan, *La santé choisie, Rapport du groupe “régulation de l'activité et des dépenses de santé” pour le IX Plan*, Paris, La Documentation française, 1983.

(3) Soubie (R.), *Santé 2010, Groupe “Prospective du système de santé”, Préparation du XI Plan*, Paris, La Documentation française, juin 1993.

(4) Soubie (R.), Portos (J-L.), Prieur (C.), *Livre Blanc sur le système de santé et d'assurance maladie, Rapport au Premier ministre, Commissariat Général du Plan*, la Documentation française, 1994.

(5) Tabuteau (D.), “La régionalisation du système de santé en questions”, *Droit Social*, n°7/8, juillet-août 2002.

(6) ENSP, *Le système d'information de santé au niveau régional, rapports des séminaires du module interprofessionnels de santé publique coordonnés par P Jarno et C Lerat*, 2000.

Existe-t-il un clivage droite/gauche

autour de la régionalisation de la santé ?

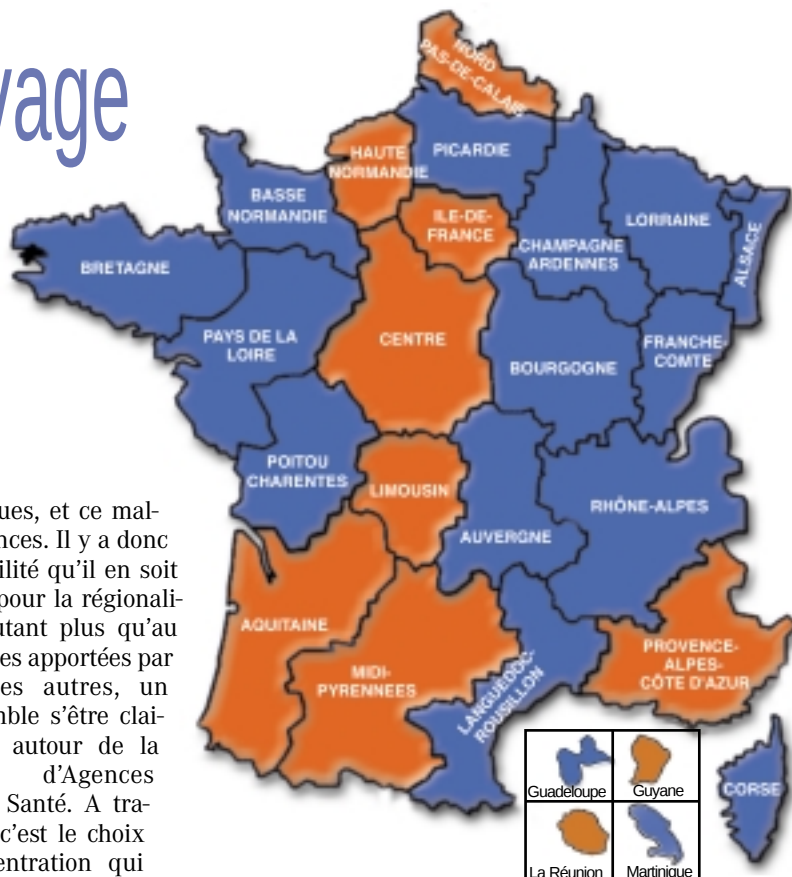
A en croire les déclarations publiques des hommes politiques dans la presse, la gauche serait pour la déconcentration alors que la droite ambitionnerait une véritable décentralisation (7). Dans le premier cas la régionalisation prendrait la forme d'un transfert de compétence de l'administration centrale vers ses services déconcentrés, mais des services hybrides, remodelés autour d'administrations de mission de type ARH ou ARS. Dans le second – la décentralisation – la régionalisation passerait par un transfert de compétences de l'Etat vers les élus régionaux.

Si les hommes politiques de gauche et de droite font preuve d'efforts évidents pour se démarquer dans le débat public, on peut se demander si les divergences entre la droite et la gauche sont bien réelles.

On soulignera que les controverses récurrentes entre la gauche et la droite sur la santé n'ont pas jusqu'à maintenant empêché les gouvernements successifs de mener sensiblement les

mêmes politiques, et ce malgré les alternances. Il y a donc peu de probabilité qu'il en soit différemment pour la régionalisation, ce d'autant plus qu'au-delà des nuances apportées par les uns et les autres, un consensus semble s'être clairement formé autour de la création d'Agences Régionales de Santé. A travers les ARS, c'est le choix de la déconcentration qui est fait, même si les différents partenaires régionaux doivent être associés plus étroitement. L'actuel ministre de la santé Jean-François Mattei s'est ainsi dans le passé déclaré à maintes reprises "pour une décentralisation précédée d'une déconcentration" (8), rejoignant finalement Claude Evin et son groupe de travail sur l'idée que la décentralisation n'est pas possible à ce jour.

Il existe en fait une confusion entretenue concernant les termes du débat sur la régionalisation car personne ne réclame



carte de la représentation politique droite-gauche, depuis les dernières élections régionales.

en fait de décentralisation stricto sensu (les transferts de compétences directs vers les Conseils régionaux). Le débat porte plus sur la place à accorder à la concertation – et notamment aux élus régionaux, mais aussi aux usagers – dans la déconcentration (ARS).

	Projet Soubie	Projet Evin	Projet Prél
Institutions proposées	ARS	Dans un premier temps des Conseils régionaux de santé réunissant tous les acteurs pour débattre des grandes orientations. Dans un second temps des ARS.	Création simultanée des ARS et de Conseils régionaux de santé élus par collage. Les Conseils sont chargés du contrôle de l'exécutif (ARS) et en élisent le conseil d'administration.
Place des élus	Représentation des élus régionaux au sein du conseil d'administration des ARS, au même titre que les partenaires	Saisine obligatoire pour avis des Conseils régionaux sur les SROS et responsabilité en matière d'aménagement du territoire. Représentation des élus départementaux au sein des Conseils régionaux de santé.	Représentation des élus régionaux et des élus des Conseils généraux au sein du conseil d'administration des ARS. Transferts progressifs de compétences de l'Etat aux Conseils régionaux par expérimentation.
Financement	Enveloppe régionale définie au plan national / fongibilité des enveloppes.	A terme enveloppe régionale définie au plan national / fongibilité des enveloppes.	Enveloppe régionale définie au plan national / fongibilité des enveloppes avec possibilité de régionaliser la CSG et de lever des impôts spécifiques.
Gestion du système de soins	Gestion régionale des services hospitaliers. Négociations départementales, voire infra-départementales pour les soins ambulatoires (même si l'ARS interviendrait via des financements)	Extension des SROS à la médecine libérale et à terme régionalisation de la gestion des soins, mais uniquement après une clarification nationale des relations Etat/assurance	L'ARS constitue l'exécutif de la politique de santé définie par le conseil régional de santé

(7) Voir par exemple : "La région, mais quelle région", Panorama du médecin, 29 novembre 2001.

(8) "La région, mais quelle région", Panorama du médecin, 29 novembre 2001.

Le point de vue des élus régionaux :

Les Régions prises de court

Premier constat : le projet de régionalisation de la politique de santé prend les Régions de court. Celles-ci s'étant jusqu'à aujourd'hui peu intéressées à la santé, la régionalisation dans ce domaine représente, pour la plupart d'entre elles, une question qui n'a pas encore été pensée ni débattue. Cela explique que les élus rencontrés dans le cadre des entretiens se prononcent sur la question à titre personnel. Il semble que seule la Région Alsace ait pris officiellement position sur cette question dans les *Propositions de la Région Alsace en matière de décentralisation*.

La nouveauté de l'enjeu pour les Régions fait coexister de multiples avis sur la régionalisation, entre les Régions de même bord politique, au sein d'un même Conseil régional (entre le Président et l' élu chargé de la santé, entre élu médecin et non médecin...), mais aussi au sein d'un même parti. Les prises de position sur la régionalisation ne répondent donc pas à des logiques partisans, mais plus à des attentes différentes face à la décentralisation. Il faut aussi souligner que ces prises de position, fraîchement adoptées, sont susceptibles d'évoluer en fonction des propositions gouvernementales, mais aussi régionales. Il peut arriver que l'ARH, à la recherche d'une légitimation par l'Assemblée régionale des restructurations hospitalières, sollicite l'appui du Conseil Régional.

Des actions de santé éparses et marginales

La santé n'est pourtant pas un domaine totalement nouveau pour les Régions qui ont toutes eu déjà l'occasion de soutenir une action de santé. A la question *"Le Conseil Régional que vous présidez mène-t-*

il des actions dans le domaine de la santé ?", toutes les Régions ayant renvoyé le questionnaire répondent par l'affirmative. Mais les Régions interviennent en matière de santé de manière essentiellement réactive, en répondant à des demandes de financement (9). Les Conseils régionaux n'apparaissent pas dans ce domaine comme de véritables acteurs, comme des promoteurs de politiques.

Seule la région Nord-Pas-de Calais fait aujourd'hui figure d'exception dans la mesure où le Conseil régional s'est intéressé à la santé dès les années 1970 et a su se doter d'une doctrine en la matière. La situation particulièrement dramatique de la région, tant du point de vue des indicateurs socio-sanitaires que de l'offre de soins, explique cet investissement original. La revendication d'une discrimination positive en faveur de la Région Nord-Pas-de-Calais s'inscrit aussi dans une perspective de créations d'emplois dans un contexte de crise économique. Cette Région est d'ailleurs aujourd'hui la seule candidate à un renforcement réel et direct de ses compétences dans ce domaine.

(Voir la suite sur le site UPMLRA)

Pour ce qui est des autres Régions, les actions menées en matière de santé sont la plupart du temps ponctuelles, dispersées et surtout assez marginales d'un point de vue financier.

Treize Régions sur quinze ayant renvoyé le questionnaire ont mené des actions qu'elles rattachent à la **solidarité** vers trois types de public : les personnes âgées, les handicapés et les jeunes.

Au carrefour de la solidarité et de la

une régionalisation à reculons

formation, les jeunes représentent un autre type de public bénéficiant d'actions sanitaires, à la fois du fait de conduites à risque plus fréquentes et suite à la gestion des lycées et de la formation par les Régions.

Contre toute attente, la compétence en matière de formation induit plus d'actions en matière de santé que **l'aménagement du territoire**. Enfin toutes les Régions sont investies à des degrés divers dans des actions de **prévention, d'éducation à la santé**.

Les Conseils régionaux participent aussi au recueil d'information sur la situation sanitaire de la Région par le financement des Observatoires Régionaux de la Santé ou **la mise en place de systèmes d'information**.

Prudence et attentisme face aux projets de régionalisation

Il est clair qu'il n'existe pas de demande forte de régionalisation de la santé et que si celle-ci se fait, ce sera du fait d'une volonté nationale. Les Régions se disent prêtes – si l'Etat l'impose – à accepter une plus grande implication et certaines responsabilités nouvelles (sous conditions), mais elles sont rarement demandeuses d'une véritable décentralisation. Il faut rappeler que la régionalisation de la santé n'a pas encore fait l'objet de débat officiel au sein des différents Conseils régionaux.

(9) De manière significative, nombreuses sont les Régions qui ont classé notre courrier leur adressant le questionnaire avec des demandes de financement !

De la même manière, les Régions sont très partagées sur un éventuel renforcement de leurs compétences et celles qui y sont favorables demeurent prudentes comme le montre la carte 1..

La principale crainte des élus face aux projets de décentralisation en matière de santé est de voir l'Etat se défausser sur les Régions d'un enjeu ingérable et très lourd financièrement. *"On veut décentraliser les emmerdements"* résume non sans humour un élu interrogé. Evoquant **le précédent des lycées**, les élus rencontrés refusent ce

Outre le coût du transfert de la santé aux Régions, les élus régionaux redoutent d'avoir à **effectuer à la place de l'Etat des**

La plupart des Régions ne souhaite pas se trouver en première ligne concernant les décisions politiquement difficiles à tenir face à la population, notamment la restructuration des hôpitaux. Plus largement, la gestion du système de santé représente un domaine à fort risque politique qui suscite la méfiance des élus régionaux. Ils sont en revanche nombreux à envisager de renforcer leur intervention dans des domaines moins conflictuels comme la prévention ou l'éducation à la santé.

Toutes les Régions ne sont pas suffisamment avancées dans la réflexion pour prendre position sur la mise en œuvre concrète de la régionalisation, ce qui explique les taux importants de non réponses au volet prospectif du questionnaire. Se dessine toutefois dans les prises de position recueillies, une certaine forme de régionalisation associant, dans la continuité de la tradition française, déconcentration et décentralisation. Les Agences Régionales de Santé apparaissent comme un projet assez lointain. La décentralisation dans le domaine de la santé ne se ferait que par étapes "*sauf à faire une révolution*". Si la Région constitue bien un niveau pertinent, l'implication des élus régionaux dans ce domaine ne peut être envisagée que progressivement en passant au préalable par un renforcement du processus de déconcentration régionale déjà engagé. Dans le domaine des compétences déjà transférées aux régions, ces dernières sont prêtes à accentuer le transfert de compétence ce qui pourrait avoir pour effet de renforcer leur influence sur le champ de la santé en agissant de façon connexe par exemple sur la formation.

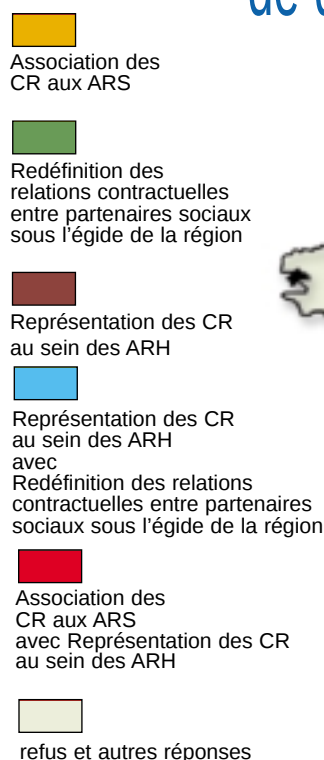


Une déconcentration sur le modèle des Agences Régionales de Santé, avec une réelle association des élus régionaux.

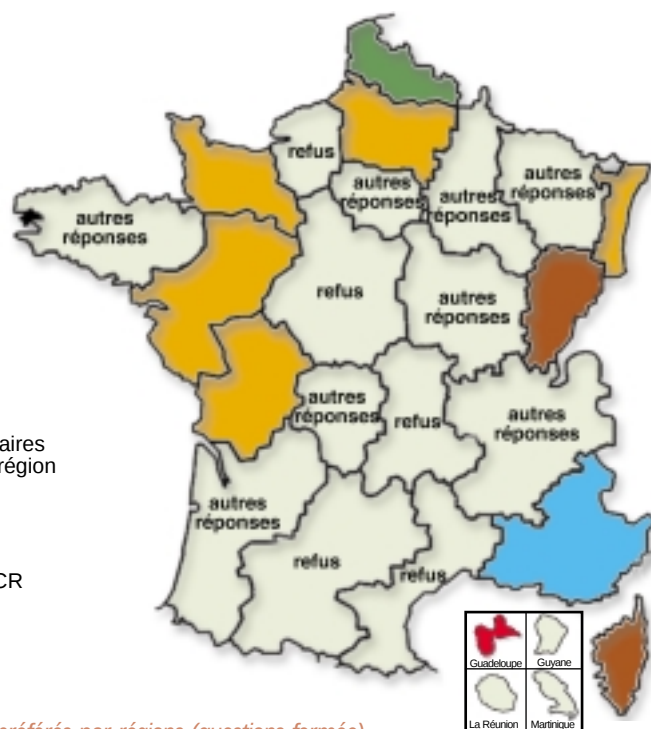
La décentralisation envisagée par les Régions est une décentralisation partielle. Leur revendication porte plus sur une association plus étroite à la définition de la politique régionale que sur une responsabilité directe dans ce domaine.

Interrogé sur la manière dont elles envisagent la régionalisation, un nombre non négligeable de Régions ne se prononce pas (Aquitaine, Bourgogne, Bretagne, Ile-de-France, Franche-Comté, Pays de Loire), la majorité des autres Régions (7 sur 8) optant pour une décentralisation partielle, avec transfert d'une enveloppe budgétaire du plan national au plan régional. Il faut souligner l'exception du Nord-Pas-de-Calais qui se dit prêt à assumer éventuellement un transfert complet avec vote du Conseil régional sur les niveaux de prélèvement et celle de la Corse qui, à l'inverse, se prononce pour une simple déconcentration des services de l'Etat.

Le sens des termes "décentralisation" et "déconcentration" n'est toutefois pas



Carte 3 - Les scénarios préférés par régions (questions fermées)



toujours clair pour nos interlocuteurs au sein des Régions, d'où la nécessité de chercher à comprendre comment les élus imaginent concrètement cette décentralisation partielle qui semble appelée à faire consensus.

Lorsque l'on demande aux Régions

quel(s) scénario(s) auraient leur préférence, celles-ci prennent majoritairement position en faveur d'un transfert de compétence vers les Agences Régionales d'Hospitalisation ou des Agences Régionales de Santé auxquelles les élus seraient associés.

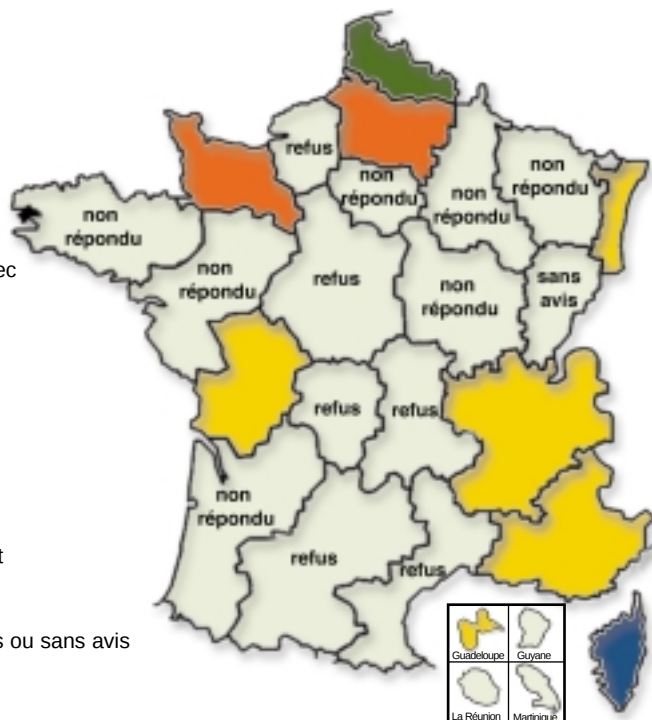
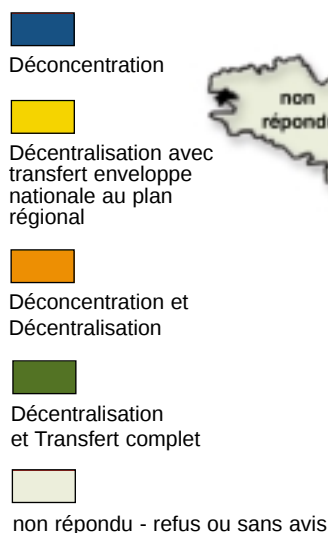
(cf carte 3 ci-dessus)

Une décentralisation partielle et multiforme

Presque toutes les Régions (8/9) parmi celles qui souhaitent voir leurs compétences s'étendre en matière de santé se disent prêtes à assurer de plus amples missions en matière de prévention et d'éducation à la santé. Ces intentions s'inscrivent dans la continuité des actions menées au niveau des lycées ou via le financement d'associations.

Le thème de la politique de santé (7) recueille l'adhésion parce qu'il reste très vague et comme la prévention, relativement peu contraignant. Il renvoie au rôle de définition des priorités par ou avec l'assemblée régionale déjà évoqué au cours des entretiens.

En revanche, sur le volet hospitalier, un



Carte 2 - Comment envisagez-vous la régionalisation du système de santé ?

tiers des Régions se dit prêt à assumer la tutelle des établissements hospitaliers. Il faut souligner que cette tutelle est revendiquée essentiellement pour les CHU/CHR, plus rarement pour les hôpitaux généraux (Nord-Pas-de-Calais) et jamais pour les hôpitaux locaux. L'organisation des soins, qu'elle concerne les urgences ou le développement de réseaux de soins ne représente pas non plus un domaine de compétence revendiqué. **Le champ ambulatoire est beaucoup moins bien appréhendé par les élus régionaux, en raison notamment de la place des partenaires sociaux.** Les URCAM (4/15) et les URML (5/15) sont d'ailleurs les partenaires institutionnels les moins souvent cités alors que les ARH (10/15), les DRASS et les Conseils généraux (9/15) sont cités beaucoup plus fréquemment.

Les problèmes de définition des flux de médecins en formation ou la mise en place de mesures incitatives à l'installation pour couvrir les territoires dépeuplés sont envisagés.

La formation des professionnels de santé est retenue par trois Régions qui apparaissent aussi comme étant celles qui ont le plus réfléchi au rôle des Régions dans le champ de la santé.

Enfin, trois Régions revendiquent le vote et la gestion d'un budget régional de santé. L'Alsace, le Nord-Pas-de-Calais et la Région Rhône-Alpes (en cas de décentralisation forcée), sont parmi les Régions dont la réflexion est la plus stratégique.

La piste approfondie actuellement au sein de la région Alsace, par un groupe de travail sur la régionalisation qui se réunit depuis le début de l'année est de "créer une autorité régionale de la santé associant élus, partenaires sociaux, professionnels et usagers des soins, disposant d'une large autonomie de décision et de gestion en contrepartie de la délégation des crédits issus de l'assurance maladie".

Questions autour d'une

L'idée de la régionalisation de la santé est issue d'une réflexion approfondie d'experts et de techniciens soucieux de préserver le principe de la solidarité des français sur le risque maladie et santé dans un contexte en crise et en rapide évolution. Le modèle de l'Agence Régionale de

Pourquoi régionaliser ?

La régionalisation est devenue depuis quelques années la solution aux maux dont souffre le système de santé. Elle permettrait à la fois de réduire les inégalités, de gagner en efficacité en limitant les lourdeurs bureaucratiques liées à la centralisation, de réorganiser l'offre de soins en l'adaptant aux besoins et en maîtrisant mieux les dépenses. Proximité, efficacité, équité, mais aussi démocratisation sont les mots récurrents associés au projet de régionalisation. Il s'est formé un tel consensus sur les avantages supposés de la décentralisation que ceux-ci sont rarement débattus, alors même que les expériences étrangères incitent à plus de prudence, ou en tout cas de réalisme.

Pour que le niveau régional assure mieux la maîtrise des dépenses,

l'instance de décision régionale doit pouvoir choisir les modalités de gestion appropriées et doit posséder les pouvoirs de contrainte et de sanction. Ainsi en Catalogne (10), c'est le choix d'un système étatique (béveridgien) qui a été fait. La Catalogne reçoit une dotation budgétaire de l'Etat espagnol proportionnelle au nombre d'habitants. L'état catalan a la possibilité de lever un

impôt spécifique pour financer la santé mais ne le fait pas en raison de son caractère impopulaire. La maîtrise des dépenses de santé passe donc par la maîtrise de l'offre de soins qui est principalement publique. Dans ce modèle à l'anglaise, l'ajustement se fait alors par le développement des listes d'attentes. Le secteur privé fonctionnant sur fonds privés représente 25 % du financement de l'offre de soins en Catalogne.

En Lombardie, c'est le choix de la concurrence par le marché qui a été adopté à l'inverse de la province de Turin qui a choisi un modèle d'organisation reposant sur une offre de soins publique. Il paraît difficile d'en tirer des conclusions définitives en terme de modèle optimum.

La régionalisation fera aussi émerger une logique des besoins, pouvant engendrer de nouvelles dépenses même si on peut attendre des gains sur la réorganisation du système de soins. La nécessité de définir des règles de maîtrise des dépenses s'imposera donc d'autant plus aux régions qu'elles auront du mal à justifier une augmentation des impôts régionaux.

La proximité de la gestion serait gage d'une meilleure efficacité,

à l'instar de la gestion des lycées et des routes. Plus proche de la situa-

(10) Salines E. et coll., " Régionalisation : l'expérience de la Catalogne " adsp n°37 décembre 2001, p61.

réforme annoncée

Santé fait globalement consensus entre les politiques qui l'ont adopté même si le niveau de participation des collectivités territoriales reste un enjeu de débat. Nous proposons donc de revenir aux attendus et donc aux contenus qui pourraient constituer la régionalisation de la santé.

tion des administrés, les élus seront plus prompts à prendre les décisions qui s'imposent et seront alors plus efficaces. Si l'on partage l'analyse que le décloisonnement du système français ne peut se faire que par l'innovation organisationnelle (par exemple les réseaux de soins et santé), on peut imaginer que les innovateurs et créateurs de solutions adhoc de terrain soient plus écoutés pour consolider et institutionnaliser leurs initiatives. C'est par exemple l'option choisie par le conseil régional d'Ile de France qui soutient l'innovation dans le champ médico-social. Mais avec la proximité ce sont aussi les possibilités de clientélisme et de détournement qui paraissent aussi plus développées. C'est donc la question du contrôle et de l'évaluation de l'action publique régionale en santé qui est posée.

La régionalisation permettrait de démocratiser le système de santé français

qui, il faut le reconnaître, en a bien besoin. Mais si tout le monde s'accorde sur cette nécessaire démocratisation, encore faut-il savoir de quoi l'on parle car il existe plu-

sieurs modes d'expression de la démocratie. Le thème à la mode de démocratie sanitaire fait ainsi référence à la participation des usagers à la définition de la politique de santé. Si l'on ne peut que se féliciter des avancées faites en terme de droits des malades (loi du 4 mars 2002) et de la consultation croissante et légitime des usagers, la question de la désignation de leurs représentants doit être posée. En d'autres termes, qui est habilité à parler au nom des usagers ? Quelle est la légitimité des candidats à cette fonction ? Comment sont-ils désignés ? Cette forme de démocratie semi-directe vient concurrencer la légitimité électorale des élus régionaux qui se montrent d'ailleurs très critiques par rapport aux représentants des usagers. A ces deux formes de démocratie, l'une ancienne - la démocratie représentative, les élus - l'autre récente - celle semi-directe des usagers s'ajoute dans le système français une troisième forme de démocratie incarnée par les partenaires sociaux. Le système de sécurité sociale fondé en 1945 a en effet opté pour ce que l'on a appelé une « démocratie sociale » en confiant la gestion de l'assurance maladie aux représentants des salariés et des employeurs sur lesquels reposaient le financement. Le développement de la participation des usagers et l'investissement des élus régionaux ne peuvent qu'induire une évolution de la place des partenaires sociaux dont la position est par ailleurs depuis longtemps fragilisée au niveau national. La démocratisation attendue de la régionalisation implique donc un choix au détriment des partenaires sociaux, choix qui est rarement explicité.

Jusqu'où régionaliser ?

Quel rôle pour l'Etat ?

Même dans des pays ayant opté pour des formes très poussées de régionalisation, l'Etat conserve des prérogatives spécifiques car il est le garant du droit d'accès aux soins et à la prévention de tous les citoyens. Il s'agit d'un **principe à valeur constitutionnelle** dans la plupart des pays européens (11).

En France, le Préambule de la Constitution de 1946, intégré dans celui de 1958, énonce que *"la Nation garantit à tous la protection de la santé"*. L'Etat doit garantir le respect du principe d'égalité et de solidarité nationale or ce principe est susceptible d'être menacé par la régionalisation. Si la régionalisation est souvent évoquée comme moyen de résorber les inégalités (12), on constate dans l'ensemble des pays ayant opté pour cette voie, un maintien, voire une aggravation des inégalités comme en Espagne et en Italie (13).

Une décentralisation achevée du système de santé inclut celle de son financement. Or les exemples italiens et espagnols tendent à démontrer que, dès que le financement du système relève de la fiscalité locale, la décentralisation renforce les inégalités entre régions. Aux inégalités liées aux ressources financières des Régions s'ajoutent celles engendrées par l'investissement variable dont la santé peut faire l'objet selon les régions. En Italie, les sommes consacrées à la santé varient de 25 à 80 % du budget régional. Ceci explique que dans la plupart des pays le financement national par un fonds de péréquation inter-régions reste dominant. Mais le fonctionnement de ce fonds se heurte partout à de multiples écueils et surtout il ne couvre en général qu'une partie des dépenses de santé supportées par les Régions.

On comprend mieux dès lors les craintes des élus régionaux français face aux projets de décentralisation de la santé. Comme le souligne Thibaut de Berranger à l'issue d'une comparaison internationale : *"On peut se demander si, en France, le transfert de compétences en matière de santé serait compatible avec la taille*

(11) Berranger de (T.), *"Les compétences des régions en matière de santé dans les quinze états membres de l'Union européenne. Approche comparative pour contribuer à la réflexion sur une éventuelle décentralisation du système de santé français"*, Revue de Droit Sanitaire et Social, avril-juin 1996.

(12) Pour le Haut Comité de la Santé publique, la régionalisation permettrait une meilleure prise en compte des inégalités inter-régionales (mais aussi infra-régionales par une allocation des ressources plus conforme aux besoins locaux). HCSP, La santé en France, Paris, La Documentation française, 1994. Haut Comité de la Santé Publique, Allocation régionale des ressources et réduction des inégalités de santé, Rapport de la Conférence nationale de santé, 1997.

(13) Duriez (M.), Lequet (D.), *"Convergence des politiques de maîtrise des dépenses de santé et risques d'inégalité d'accès aux soins (Belgique, Italie, Luxembourg, Pays-Bas)"*, Eurosanité, 1991. Berranger de (T.), 1996, p.267, op.cit

des budgets régionaux. Il faudrait probablement maintenir un financement centralisé et spécifique. Il y aurait une péréquation de la dotation de l'Etat et les Régions devraient financer les éventuels dépassements sur leurs ressources" estime celui-ci (14). Le transfert de la politique de santé au niveau régional transformerait radicalement le volume et la structure des budgets régionaux dont le volume est très faible eu égard aux enveloppes régionales des dépenses de soins. Ainsi en Ile de France le budget 2001 est de 2,4 Mds d'euros pour une enveloppe consacrée à la seule hospitalisation de plus de 10 Mds d'euros.

En Suède, les services sociaux et sanitaires constituent le principal poste de dépenses des comtés (en moyenne les trois-quarts). Au Danemark, 65% des dépenses d'un comté sont consacrées aux dépenses hospitalières et d'assurance maladie.

"Qui décide paie"

Une autre piste de réflexion en matière de financement consiste peut-être à changer de logique d'action. Comme dans une majorité de pays, la décentralisation en France a jusqu'à maintenant été dominée par le principe d'accompagnement des transferts de compétences par des transferts financiers. Ce principe du "qui décide paie" (ou inversement) vise à responsabiliser les échelons de décision et à garantir une certaine maîtrise des dépenses. Souvent

malmené, ce principe a conduit à ce qu'Yves Thalhoun appelle "la stratégie du millefeuille" qui caractérise les transferts de compétences les plus récents et se traduit par une formidable confusion des missions et des financements (15). Il induit en outre un cloisonnement des financements qui entrave toute réorganisation de système de santé. En outre, ce principe de qui "paie décide" pose un sérieux problème pour ce qui est de la santé car comme l'a souligné Marianne Berthod-Wurmser, c'est la sécurité sociale qui paie dans le secteur qui nous intéresse (16). La régionalisation du financement débouche donc sur la question centrale du devenir des partenaires sociaux mais aussi de la place des assureurs complémentaires dont l'intervention peut être variable selon les régions.

L'Etat pilote

Pour toutes ces raisons, l'Etat conservera, quelle que soit la forme de la régionalisation à venir, **un rôle central de pilotage, d'orientation, mais aussi de contrôle et d'évaluation.** Il y a peu de chances que la régionalisation n'aboutisse à un réel allègement du travail effectué au niveau national, qu'il s'agisse de l'administration, du Gouvernement ou du Parlement... Même dans les pays fédéraux ou largement décentralisés, gouvernement et parlement définissent les conditions juridiques, fonctionnelles et financières du système de santé. De même,

un ministère de la Santé veille toujours à l'efficacité et à la qualité du système de santé sur tout le territoire (égalité, accessibilité), en diffusant des normes nationales, en s'assurant du respect par les régions des orientations nationales, en coordonnant les politiques régionales au niveau national, etc... (17). Dans certains pays, les Régions doivent régulièrement rendre des comptes au Parlement sur leur action en matière de santé. Au Québec par exemple, les régies de santé et des services sociaux, autorités régionales responsables à la fois devant leur assemblée et devant le ministre qui les finance, comparaissent devant la commission parlementaire de l'Assemblée nationale tous les trois ans pour un bilan de leur action. La régionalisation implique donc de développer au niveau central (politique et administratif) des compétences de surveillance, de suivi et d'évaluation. Deux remarques découlent de ce constat. Tout d'abord pour ce qui est de l'administration, il ne faut pas attendre de la décentralisation une réduction significative des effectifs des services centraux, dont les missions se transformeraient mais n'en seraient pas moins considérables. Sur le versant politique, ce constat pose la question de la capacité (et de la volonté) du Parlement de jouer son rôle. Bien que récente et assez symbolique, la reconnaissance du rôle du Parlement dans la politique de santé (loi de financement de la sécurité sociale), n'a pas pour le moment débouché sur un réel investissement des acteurs politiques.

Quelles compétences régionaliser ?

Il semble bien exister un décalage entre les projets du gouvernement et les attentes des Régions, notamment sur l'hôpital et le transfert de la gestion des infrastructures aux Régions. Le premier Ministre a pris plusieurs fois cet automne l'exemple de la "décentralisation de la gestion hospitalière" (18). Mais dans le même temps, le Ministre de la santé annonçait un plan "hôpital 2007" pour novembre qui prévoit de renforcer les pouvoirs des ARH, donc d'accroître la décentralisation (19). Le plan 2007 a été évoqué par plusieurs interlocuteurs dans les Conseils régionaux comme la preuve que les Régions ne veulent pas des hôpitaux et que le gouvernement les a entendus. Les Régions souhaitent aujourd'hui définir la politique et agir dans le domaine de la prévention sans prendre en charge l'exécutif que constituerait à terme les ARS.

La place de l'assurance maladie

Comme le souligne Marianne Berthod-Wurmser (20), le risque est grand de voir découplées les politiques de santé publique et de gestion du système de soins. Et encore,

même la gestion du système de soins risque d'être écartelée entre différents niveaux de compétences. Si pour ce qui est des établissements et équipements, la régionalisation existe déjà, même si la planification consiste toujours à répartir les ressources plutôt qu'à répondre à des besoins identifiés, elle se heurte à l'organisation actuelle du secteur ambulatoire géré par les caisses d'assurance maladie.

Le problème posé par la régionalisation de la gestion du secteur libéral est d'abord technique : comment remplacer, décliner ou compléter la convention nationale ? Dans les projets de régionalisation, les grandes lignes sont évoquées, à savoir le pilotage par une instance unique des deux secteurs (hospitalier/ambulatoire) et une fongibilité des enveloppes. Des outils tels que la mise en oeuvre de schémas régionaux opposables d'implan-

(14) Berranger de (T.), 1996, p.268, op.cit. - (15) Y.Thalhoun, " Les textes de 1983 : histoire d'un compromis ", in Ecole nationale de la santé publique, Actes du colloque Santé publique et territoires : 10 ans de décentralisation, CNFPT : ENSP : PIR-Villes CNRS : SFSP, Rennes, 25-26 janvier 1995, p. 34. - (16) M.Berthod-Wurmser in Ecole nationale de la santé publique, Actes du colloque Santé publique et territoires : 10 ans de décentralisation, CNFPT : ENSP : PIR-Villes CNRS : SFSP, Rennes, 25-26 janvier 1995, p.30. - (17) Berranger de (T.), 1996, p.269 et s., op.cit

(18) Chardon (D.), " Hôpital 2007 : le gouvernement lancera son plan de sauvetage en novembre ", Le Quotidien du Médecin, 30 septembre 2002.

(19) " M.Mattei dévoile les grandes lignes de son plan 'hôpital 2007' ", Le Monde, 27 septembre 2002.

(20) M.Berthod-Wurmser, 1995, op. cit.

tation des praticiens sont évoqués. La mise en œuvre de tels outils suppose l'existence d'un pouvoir décisionnel régional suffisamment fort pour affronter les résistances et pressions que ne manqueraient pas de susciter les bouleversements profonds qu'ils introduisent. Elle pose surtout la question centrale de la place de l'assurance maladie dans cette régionalisation et permet d'envisager plusieurs scénarios.

Scénario 1 : avec la régionalisation de l'assurance maladie la CNAMTS perdrait ses compétences de gestion du risque et se chargerait du pilotage national (tarifs, contrôle médical...). Les caisses régionales et les URCAM seraient autonomes (ce qui suppose là aussi responsabilité financière donc compétence pour ajuster certains paramètres de dépenses ou de recettes. (ex. Alsace-Moselle)(21) . Dans ce cas de figure, les Régions ayant de bons résultats pourraient décider de renforcer les actions de prévention, d'améliorer le revenu des professionnels ou de réduire les prélèvements, ce qui introduit la question de l'égalité de l'accès à la prévention et aux soins.

Scénario 2 : les Régions prennent en charge la gestion des professions de santé et notamment la gestion des flux de formations, la formation initiale et continue. En agissant sur l'une des variables principales de la régulation d'un système de santé, les Régions peuvent adapter l'offre aux besoins, voire favoriser le développement de professions intermédiaires. C'est le cas de l'Allemagne où ce sont les Landers qui gèrent l'offre de formation. Le nombre de médecins formés y est considéré comme pléthorique et la régulation se fait à l'installation qui est désormais limitée. Le rôle de l'assurance maladie est restreint à la prise en charge financière du risque (assurance). Le problème est qu'il existe peu de relations entre les élus régionaux et les professionnels libéraux, à la différence de ce qui se passe pour l'hôpital. L'autre obstacle est que les élus régionaux, s'ils peuvent s'intéresser à la formation ou à la démographie médicale, ne sont absolument pas désireux de prendre la relève de l'assurance maladie dans les négociations avec les professionnels.

Scénario 3 : les ARH transformées en ARS grignotent progressivement le champ d'intervention de l'assurance maladie, par les réseaux de soins d'abord, les expériences comme les maisons de garde, etc. On opère comme sur le volet hospitalier, une concentration des services de l'Etat et des CRAM, ceux-ci étant voués à s'intégrer dans l'ARS. Dans une version poussée, les ARS passeraient contrats avec l'ensemble des soignants et auraient le pouvoir de gérer l'assurance maladie en fixant le montant des cotisations et des prestations (22).

En conclusion

Les controverses qui émergent au sein de la majorité sur la décentralisation ne vont pas dans le sens d'une régionalisation poussée de la santé à court terme.

Quelques Régions comme les Pays de Loire sur l'Observation de la Santé ou la Région Rhône-Alpes sur la formation vont probablement mener des expérimentations. La création des Agences Régionales de Santé avec association des Conseils régionaux paraît la solution la plus probable mais dans un agenda bien incertain. La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé a institué des Conseils régionaux de la santé qui réunissent l'ensemble des acteurs régionaux : représentants des professionnels et des institutions de santé, de l'assurance maladie, des usagers, des collectivités territoriales, des conseils économiques et sociaux régionaux. Ce Conseil régional de santé a compétence générale en matière d'action sanitaire locale. Bien que demeurant une instance administrative, "il a pour vocation de constituer l'organe de synthèse des politiques de santé au niveau régional"(23) . Il reprend les compétences des comités et commissions techniques existantes : conférences régionales de santé, CROSS, comités régionaux des politiques de santé, comité des PRAPS. La loi prévoit que le gouvernement définit la politique nationale de santé à partir de l'évaluation effectuée par les conseils régionaux. Les décrets d'application ne sont pas encore parus. Quoiqu'il advienne de cette loi, les acteurs régionaux existants risquent fort de se rapprocher sous l'effet d'annonce de la régionalisation. Les Conseils Régionaux sont aujourd'hui extrêmement sollicités par de nombreux acteurs et amorcent parallèlement une réflexion sur la santé dans les régions. On peut donc prévoir que sans réforme, l'évolution du système de santé va dans le sens d'un renforcement de la régionalisation et simultanément de l'implication croissante des élus.

(21) Tabuteau (D.), 2002, p.746, op.cit.

(22) C'est le projet proposé notamment par Claude Huriet. " Le Pr Claude Huriet : la régionalisation du système de santé doit être totale ", Le Quotidien du Médecin, vendredi, 26 mai 2000.

(23) Tabuteau (D.), 2002, p.745, op.cit.



Docteur Marc Brémond,
professeur associé Lyon III

L'idée d'une régulation régionale de l'organisation des soins s'est progressivement imposée depuis une petite vingtaine d'années. Née, semble-t-il, du souci de rapprocher territorialement le niveau de décision du niveau d'action, la régionalisation de la régulation recouvrait en fait deux perspectives différentes : l'une visant effectivement à mieux réguler l'offre de services face à la demande de soins en déconcentrant la décision administrative, l'autre visant à protéger le niveau national d'arbitrage politique face aux recours engagés par les producteurs de soins et les élus de proximité.

Les différentes réformes qui vont s'engager, dans le secteur de la santé dès le début des années quatre vingt dix, reposent sur un constat assez clairement exprimé : la complexité des problèmes locaux d'organisation des soins ne peut uniquement se satisfaire d'un contrôle bureaucratique hiérarchique descendant et de règles générales issues de textes réglementaires et législatifs. Entre 1991 et 1996 la déconcentration de la régulation va se mettre en place progressivement par le développement d'une expertise régionale en matière d'organisation de l'offre de soins

dans un premier temps, par le développement, dans un second temps, des Agences Régionales de l'Hospitalisation pour mettre en œuvre la politique régionale d'offre de soins hospitaliers publique et privée et des URCAM pour renforcer les compétences régionales en matière de gestion du risque maladie.

La régulation régionale s'est donc construite progressivement autour de trois axes :

- 1- Le développement d'une expertise régionale en matière de planification des soins et de gestion du risque maladie**
- 2- Le raccourcissement de la ligne hiérarchique entre action et décision concernant l'organisation et le financement des établissements de santé**
- 3- Le décloisonnement entre assurance maladie et service déconcentré de l'Etat (qui avaient jusqu'alors les missions respectives de tutelle sur les établissements privés et publics)**

Cette réorganisation du pilotage du système de soins laisse toutefois de côté, pour l'instant, de nombreux problèmes techniques. Le terrain de la coordination entre la ville et l'hôpital, entre la santé et le secteur médico-social, reste aujourd'hui en jachère. Les champs de compétences respectives entre DRASS, DDASS, ARH sont encore quelque peu intriqués. Les relations entre professionnels de santé libéraux et l'assurance maladie

sont toujours gérées au travers de conventions nationales, la nomination et la gestion des carrières des médecins hospitaliers plein temps relèvent de l'administration centrale, etc.

Mais la question de la régionalisation, au-delà de la simple déconcentration, nous interroge sur un domaine beaucoup plus vaste qui est celui des mécanismes par lesquels aujourd'hui une société tente de renouveler les fondements institutionnels du débat politique sur son système de santé.

La réduction des inégalités de santé, l'accroissement pour tous de la qualité et de la sécurité des soins, le contrôle de l'objectif national des dépenses de l'assurance maladie s'imposent aujourd'hui en France comme les trois enjeux principaux qui devraient pouvoir finaliser les mécanismes de régulation du système de santé. Ces enjeux se déduisent très logiquement des multiples constats et analyses faits depuis plus de dix ans sur la variabilité des états de santé au sein de la population, sur l'hétérogénéité des processus de prise en charge face à des « cas décrits comme similaires », sur l'accroissement des risques sanitaires liés à la mobilisation de moyens thérapeutiques et d'exploration de plus en plus complexes, sur la croissance des consommations de biens et services de santé qui, par les déficits répétés de l'assurance maladie qu'elle entraîne, fragilise l'héritage insti-

Quelle politique

régionale pour la santé?

tutionnel qui visait jusqu'à présent à faire de la solidarité entre bien portant et malade, entre riche et pauvre l'un des piliers du progrès de notre société.

Ce constat fait apparaître en toute lumière les tensions entre **une logique de soin**, attentive à la demande et **à l'intérêt singulier** du patient, et **une logique de santé publique**, soucieuse des besoins de santé et de **l'intérêt collectif de la population**, entre **une logique technocratique**, susceptible de **réifier et de standardiser** les comportements pour les rendre prévisibles, et une logique démocratique attentive à **l'expression des citoyens** sur le sens à donner aux évolutions collectives, entre **une logique professionnelle soucieuse** de la qualité des compétences individuelles des professions médicales et para-médicales, et **une logique managériale**, attentive à l'agencement et à l'optimisation des facteurs de production pour accroître le potentiel de performance du système de soins.

Pour aborder, travailler, mettre en débat ces tensions, notre société devrait pouvoir disposer d'espace institutionnel et de ressources politiques adaptés. Or la représentation politique nationale, confrontée à cette complexité n'est pas parvenue jusqu'à présent à entrer dans ces débats. De fait la question du fragile équilibre entre progrès de la science et dynamique de solidarité impose un nouveau style et de nouveaux cadres

pour faire évoluer le débat démocratique.

D'où l'idée d'une reconfiguration de l'espace institutionnel visant à créer de nouvelles scènes et de nouveaux acteurs, plus proches du terrain, susceptibles de faire naître de nouvelles lectures, de nouvelles exégèses de ces tensions, pour avancer vers de nouvelles pistes. La régionalisation est l'une des facettes de cette évolution institutionnelle, l'autre facette étant constituée par l'usager-citoyen au cœur du système de santé.

Si la personne malade (re)surgit aujourd'hui avec autant de force dans les textes réglementaires, comme devant (re)constituer le cœur de la construction de notre système de santé, c'est bien parce qu'elle a été consciemment et scientifiquement désincarnée depuis plus d'un siècle au profit d'une recherche d'objectivation des causes anatomo-pathologiques qui pouvaient sous tendre la souffrance de l'individu. Ce détour n'a pas été inutile puisque comme le rappelait Michel Foucault c'est autour des maladies des pauvres que se sont forgées les connaissances pour les maladies des riches, mais c'est également autour du transfert de richesses des seconds vers les premiers que s'est progressivement structuré le système de protection sociale et l'idée de solidarité entre bien portant et malade. Aujourd'hui cet usager-sujet du système de santé semble se retrouver investi d'un rôle central au cœur des modèles de régulation de la

performance du système ; non seulement parce qu'il doit devenir un consommateur averti susceptible de se comporter comme un acheteur avisé (à titre individuel ou collectif) vis à vis d'une offre de soins qui pourrait ainsi se plier progressivement aux règles du marché (ce qui permettrait ainsi de rendre plutôt prévisible son comportement), mais également comme un citoyen capable de s'interroger sur la pertinence des orientations des politiques publiques de santé face aux avancées de la science médicale, aux évolutions de la demande de santé qu'elle crée dans nos sociétés et aux arbitrages qu'elle appelle en terme de redistribution de ressources.

Usager-citoyen et régionalisation sont les deux facettes d'une même pièce qui vise en théorie à réinstaller la politique au cœur de la régulation de notre système de santé. Mais aujourd'hui la représentation politique régionale (cf. les résultats de l'enquête menée par le groupe Image) ne se montre pas encore prête, ni même compétente pour investir ce débat. Dès lors les Régions ont besoin de s'étoffer en compétences pour expérimenter de nouvelles formes de débat politique, en veillant à instituer une nouvelle relation entre professionnels de santé, usagers, représentants politiques et financeurs, à charge pour les acteurs de la régulation régionale actuelle de trouver leurs marques au sein d'une telle dynamique.

Entretien avec Jean-Luc Prével député de Vendée



Jean-Luc Prével, Député de la Vendée,
Secrétaire National UDF pour la santé.

Secrétaire National UDF pour la santé

Jean-Luc Prével est l'auteur d'une proposition de loi relative à la régionalisation du système de santé en 2000 et d'une réflexion sur "Les enjeux de la santé" en juin 2002 à l'occasion des élections législatives. Cette réflexion préconise une "politique de proximité prenant en compte les besoins de la population et des professionnels, visant à favoriser les relations basées sur la contractualisation".

1 - Le niveau régional représente-t-il selon vous le meilleur échelon pour répondre aux principaux enjeux de la politique de santé ?

Le niveau régional est effectivement le niveau pertinent pour la politique de santé car il permet de prendre en compte les complémentarités au niveau des grands équipements (chirurgie cardiovasculaire, neurochirurgie, greffe, néonatalogie).

2 - Comment identifiez-vous les freins et les motivations des élus régionaux face à ce transfert de responsabilités ?

Il est nécessaire de développer une politique de santé de proximité. Les élus régionaux devraient donc être intéressés. Les deux craintes sont sans doute de ne pas pouvoir s'y impliquer suffisamment, mais la crainte majeure est surtout financière.

C'est pourquoi j'ai proposé plutôt un Conseil régional de la Santé élu par collège ; Le Conseil régional politique intervenant au niveau du conseil d'administration des ARS.

3 - Quels exemples de politiques de santé déjà mises en oeuvre

dans certaines régions ou à l'étranger vous paraissent les plus intéressants pour notre territoire national ?

En Espagne et en Italie.

4 - Quelles sont vos convictions et vos actions actuelles concernant la réorganisation générale du système de santé ?

Aujourd'hui, nous sommes devant une situation paradoxale. Alors que notre système est plutôt performant pour le curatif, il est soumis à une crise extrêmement grave dont les causes sont connues de tous et pourtant non corrigées.

Nous sommes médiocres pour la prévention en raison de multiples intervenants non coordonnés et sans moyens. Il n'y a pas de prise en compte des besoins, pas d'adéquation offres-besoins, de nombreuses inégalités en terme de morbidité, mortalité, moyens financiers.

Avec l'UDF, nous sommes favorables à la relance du paritarisme dans son domaine de compétence, mais celui-ci n'a plus de compétence dans le domaine de la santé puisque les soins vont de la nais-

sance jusqu'à la mort, qu'il n'y a plus de cotisations maladies et que le MEDEF est parti.

Actuellement, l'étatisation est quasiment achevée sans contrôle démocratique et qu'elle ne prend pas en compte les besoins.

Avec l'UDF, nous proposons une vraie régionalisation permettant de prendre en compte les besoins des usagers et des professionnels, en les rendant acteurs et responsables pour une politique de santé de proximité.

5 - Selon vous, quel rôle peuvent jouer les Unions Régionales de Médecins Libéraux dans cette nouvelle cartographie des responsabilités ?

Les membres des Unions Régionales des Médecins Libéraux sont élus sur liste syndicale. Dans mon projet prévoyant un Conseil régional de la Santé élu par collège, les Unions Régionales des Médecins Libéraux pourraient être les représentants médicaux dans ces Conseils.

Les professions paramédicales pourraient être représentées par les élus des futures Unions Régionales des professions paramédicales.

Chantiers de l'Union les bulletins de l'Union

CHANTIERS DE L'UNION Parution semestrielle de L'UNION PROFESSIONNELLE DES MÉDECINS Libéraux Rhône-Alpes

UPML RHÔNE-ALPES : 20, rue Barrier 69006 Lyon / TÉL 04 72 74 02 75 / FAX 04 72 74 00 23 / SITE WEB : <http://www.upmlra.org> / E-MAIL : upmlra@upmlra.org

DIRECTEUR DE LA PUBLICATION Jacques CATON / RÉDACTEUR EN CHEF Bernard Muller / RÉDACTION : Transit Communications

ASSISTANTE DE RÉDACTION Mme Anne-Marie LOUVET / ÉDITEUR DÉLÉGUÉ TRANSIT Communications, 18, place Tolozan 69001 Lyon - transit@mci-group.com

CRÉDITS PHOTOGRAPHIQUES © 2002 TRANSIT Communications

Conception Graphique : © TRANSIT Communications 2002
Impression : Imprimerie REBOUL - Saint-Etienne

