

QUELLE POLITIQUE REGIONALE POUR LA SANTE EN FRANCE ?



UNION PROFESSIONNELLE
DES MÉDECINS LIBÉRAUX
DE LA RÉGION RHÔNE-ALPES

Rapport d'enquête auprès de l'URML Rhône Alpes

Décembre 2002

Yann Bourgueil, Marina Serré

UPML Rhône Alpes – 20, rue Barrier – 69006 Lyon – Tél. 04 72 74 02 75 – Fax 04 72 74 00 23
e-mail : upmlra@upmlra.org site : www.upmlra.org

Sommaire

INTRODUCTION	4
OBJECTIFS ET METHODE	5
PREMIERE PARTIE : LA REGIONALISATION DE LA SANTE N'EST PAS UNE IDEE NEUVE	7
1. LA PLUPART DES GRANDES REFORMES MENEES DEPUIS LA FIN DES ANNEES 1980 ONT POUR PIVOT LA CIRCONSCRIPTION REGIONALE	7
2. L'EMERGENCE PROGRESSIVE D'UN CONSENSUS AUTOUR DU PROJET D'AGENCES REGIONALES DE SANTE AU-DELA DES CLIVAGES POLITIQUES	8
3. EXISTE-T-IL UN CLIVAGE DROITE/GAUCHE AUTOUR DE LA REGIONALISATION DE LA SANTE ?	11
DEUXIEME PARTIE : LE POINT DE VUE DES ELUS REGIONAUX : UNE REGIONALISATION A RECU LONS	12
1. UN PROJET DE REGIONALISATION DE LA POLITIQUE DE SANTE QUI PREND LES REGIONS DE COURT	12
1.1. DES ACTIONS DE SANTE EPARSES ET MARGINALES	12
1.2 - PRUDENCE ET ATTENTISME FACE AUX PROJETS DE REGIONALISATION	14
1.3 - « UNE DECENTRALISATION DE DUPE », UN PIEGE POUR LES ELUS REGIONAUX ?	16
2. LES POSITIONS DES ELUS FACE AUX PROJETS DE REGIONALISATION	17
2.1 - UNE DECONCENTRATION SUR LE MODELE DES AGENCES REGIONALES DE SANTE, AVEC UNE REELLE ASSOCIATION DES ELUS REGIONAUX	17
2.2 - UNE DECENTRALISATION PARTIELLE ET MULTIFORME DANS DES DOMAINES DEJA INVESTIS PAR LES REGIONS (LIEN AVEC EXPERIMENTATION)	20
TROISIEME PARTIE : QUESTIONS AUTOUR D'UNE REFORME ANNONCEE	22
1 . POURQUOI REGIONALISER ?	22
2. JUSQU'OU REGIONALISER ? QUEL ROLE POUR L'ETAT ?	23
3. QUELLES COMPETENCES REGIONALISER ?	25

EN CONCLUSION	27
ANNEXES	<u>28</u>

Introduction

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.

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* ».

Dans ce contexte, l'URML Rhône-Alpes a souhaité voir mener une enquête sur les positions des Conseils Régionaux face aux projets de régionalisation. Cette enquête a été réalisée entre août et décembre 2002 par deux consultants, Yann Bourgueil, médecin en 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 Image¹. Les résultats ont été présentés lors de la journée du 14 décembre 2002.

Le rapport présente brièvement les objectifs et la méthode adoptée pour réaliser l'enquête, les parties 1 et 2 abordent présentement les résultats en intégrant à la fois les données des entretiens, des questionnaires ainsi que les éléments de la bibliographie. La troisième partie de discussion propose des pistes de réflexion et de questionnements.

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

Objectifs et méthode

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. L'objectif est de ramener les débats sur la régionalisation à une dimension plus concrète en présentant les expériences menées sur le terrain, les questions précises que se posent les élus, etc. Nous avons en outre cherché, en tant que chercheurs, à apporter un regard critique sur la régionalisation dans le but d'inciter à une certaine prise de distance par rapports aux poncifs des débats sur la question afin que soient abordés les enjeux véritables d'une telle réforme.

L'enquête réalisée s'organise autour de trois volets :

Une analyse documentaire afin d'établir un état des lieux du cadre institutionnel et des projets de régionalisation (publications, textes législatifs, rapports officiels, programmes politiques...)

Une étude par questionnaire auprès de tous les présidents de Conseils Régionaux afin d'obtenir une « photographie » de leurs positions face aux perspectives de régionalisation de la politique de santé

Une enquête par entretiens auprès de certains élus régionaux investis dans des politiques de santé locales visant à appréhender plus finement le rapport des élus locaux à la politique de santé et à sa régionalisation (voire liste en annexe n° 1).

Pour ce qui est des questionnaires, nous avons reçu 21 réponses (voire tableau n° 1). Quinze régions ont renvoyé le questionnaire, six Régions ont refusé de répondre à notre questionnaire (l’Auvergne, le Centre, le Languedoc-Roussillon et la Haute-Normandie) dont deux avec une lettre d’explication (Midi-Pyrénées et Limousin). Le refus quand il était motivé était le plus souvent que la santé ne relève pas des compétences de la région. L’enquête s’est révélée difficile hors métropole (Réunion, Martinique, Guyane) et nous ne disposons pas non plus des réponses de la Champagne Ardennes et la Lorraine.

Tableau n°1 : les réponses des régions à l’envoi du questionnaire

<i>Régions</i>	<i>Renvoi questionnaire</i>	<i>Refus</i>	<i>Non réponse</i>
<i>Alsace</i>	<i>X</i>		
<i>Aquitaine</i>	<i>X</i>		
<i>Auvergne</i>		<i>X</i>	
<i>Basse- Normandie</i>	<i>X</i>		
<i>Bourgogne</i>	<i>X</i>		
<i>Bretagne</i>	<i>X</i>		
<i>Centre</i>		<i>X</i>	
<i>Champagne Ardennes</i>			<i>X</i>
<i>Corse</i>	<i>X</i>		
<i>Franche- Comté</i>	<i>X</i>		
<i>Gouadeloupe</i>	<i>X</i>		
<i>Guyane</i>			<i>X</i>
<i>Haute- Normandie</i>		<i>X</i>	
<i>Ile de France</i>	<i>X</i>		
<i>Languedoc- Roussillon</i>		<i>X</i>	
<i>Limousin</i>		<i>X</i>	
<i>Lorraine</i>			<i>X</i>
<i>Martinique</i>			<i>X</i>
<i>Midi- Pyrénées</i>		<i>X</i>	
<i>Nord- Pas- de- Calais</i>	<i>X</i>		
<i>PACA</i>	<i>X</i>		
<i>Pays de Loire</i>	<i>X</i>		
<i>Picardie</i>	<i>X</i>		
<i>Poitou- Charentes</i>	<i>X</i>		
<i>Réunion</i>			<i>X</i>
<i>Rhône Alpes</i>	<i>X</i>		
<i>Total</i>	<i>15</i>	<i>6</i>	<i>5</i>

Première partie : La régionalisation de la santé n'est pas une idée neuve

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

Le volet le plus visible est la régionalisation de la politique hospitalière, amorcée en 1991 avec la création des Schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS) et des Comités régionaux de l'organisation sanitaire et sociale (CROSS) et institutionnalisée par la création des Agences Régionales d'Hospitalisation par l'ordonnance du 24 avril 1996². Les ARH visent à remédier à la dispersion des moyens de l'Etat et de l'assurance maladie et à permettre un traitement plus homogène de l'hospitalisation (sans distinction privé/public)³. La création des ARH a rendu possible un partenariat concret entre l'Etat et l'assurance maladie, mais aussi des relations nouvelles avec les autres acteurs régionaux et notamment les élus locaux.

Les réformes des années 1990 ont aussi tenté de faire émerger un niveau de régulation régional en créant les URML en 1993 et les URCAM en 1996. 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)⁴. 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'Etat 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'Etat. 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.

Très partielle, la régionalisation n'a pour le moment permis ni de lutter de manière décisive contre les inégalités comme l'espérait le plan Juppé, ni de résoudre les problèmes de cloisonnements qui demeurent forts entre l'ARH et le préfet, les CROSS et les Conférences Régionales de Santé, les SROS et les Programmes Régionaux de Santé. A ce jour, seules deux régions, le Nord-pas-de-Calais et la Bretagne, ont tenté d'intégrer les priorités de la CRS dans le SROS, alors qu'il s'agit en théorie d'une obligation.

A l'heure où une nouvelle étape est annoncée dans la régionalisation de la politique de santé se pose la question du devenir et de la coordination de ces multiples outils et instances.

² Tabuteau (D.), « La régionalisation du système de santé en questions », *Droit Social*, n°7/8, juillet-août 2002.

³ Girard (J-F.), Duriez (M.), Desportes-Davonneau (A.), « Les agences dans le système de santé : un nouveau visage institutionnel ? », *Actualité et Dossier en Santé Publique*, n°37, décembre 2001.

⁴ 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.

L'enjeu est aujourd'hui de préserver les acquis des réformes antérieures tout en donnant aux structures régionales les moyens réels d'intervenir dans l'élaboration d'une politique régionale de santé. L'absence d'unicité de pilotage de la politique de santé, problème posé de longue date au niveau national, devient criante au fur et à mesure de la prolifération des institutions régionales. 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. L'émergence progressive d'un consensus autour du projet d'Agences Régionales de Santé au-delà des clivages politiques

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 santé⁵. La réflexion ainsi initiée semble sommeiller une dizaine d'années avant que des rapports tels que *Santé 2010*⁶ (dit rapport Soubie) et le livre blanc de 1994⁷ 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. Ce scénario envisage la création d'Agence régionales des services de santé, responsable de la tenue des objectifs définis pour leur région au niveau national, sur la base d'une enveloppe régionale de financement. Les collectivités locales seraient représentées au sein d'un conseil d'administration de l'Agence au même titre que les représentants des travailleurs et du monde économique au sens plus général, aux côtés donc des représentants actuels de l'Assurance Maladie. Le directeur est nommé par l'état sur proposition du président du conseil d'administration. L'Agence Régionale de Santé passe des contrats pluriannuels avec les producteurs de soins établis après négociations.

Si le niveau régional paraît le mieux adapté aux services hospitaliers avec hébergements, les auteurs du rapport considèrent que pour la négociation sur les soins ambulatoires de médecine générale et certains soins de spécialité, le niveau départemental, voire infradépartemental semble le plus adapté. L'agence peut aussi financer des associations de médecins de ville et des établissements hospitaliers regroupés autour de thèmes spécifiques ou de populations particulières au sein de réseaux de santé.

Un régime national de paiement de base serait maintenu pour les médecins ne souhaitant pas rentrer dans un mécanisme contractuel spécifique. Le gain attendu en terme d'efficacité repose sur la formulation d'exigences réciproques plus précises et plus adaptées aux contextes locaux au cours de la négociation contractuelle.

A la suite de ce rapport et son application partielle en avril 1996 par les ordonnances « Juppés » la régionalisation fait son entrée en politique. Les principaux acteurs politiques nationaux de la politique de santé prennent alors position sur la question. En mars 2000, Claude Evin présente au nom de la Commission des affaires culturelles, familiales et sociales de l'Assemblée nationale les conclusions du groupe de travail pluri-partisan qu'il a

⁵ 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.

⁶ Soubie (R.), *Santé 2010*, Groupe « Prospective du système de santé », Préparation du XI Plan, Paris, La Documentation française, juin 1993.

⁷ 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.

présidé sur la régionalisation du système de santé⁸. Estimant que l'actuel système conventionnel entre assurance-maladie et professions de santé est « moribond », le groupe de travail propose « une réforme progressive et pragmatique », qui vise, à terme, à substituer des « Agences Régionales de santé » aux ARH.

- les Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire (SROS) devraient englober l'ambulatoire et le médico-social
- Il est proposé la fongibilité des enveloppes, la tarification à la pathologie entre les secteurs public/privé et la création d'une cinquième enveloppe pour les réseaux.
- Il prévoit l'association des élus : saisine obligatoire pour avis des conseils régionaux sur les SROS et responsabilité d'investissement en matière d'aménagement du territoire.
- La conférence régionale de santé est remplacée par le « Conseil Régional de Santé qui réunirait : ARH, DRASS, URCAM, URML, gestionnaires des établissements de santé, représentants des professions paramédicales, des usagers, élus du conseil général et un nouveau conseil régional de l'Ordre des médecins. Il représenterait une structure intermédiaire à la future ARS. Il proposerait des priorités de santé publique, débattrait des grandes orientations budgétaires et du SROS (étendu à l'ambulatoire).

Il s'agit en fait plus d'une déconcentration des procédures, notamment financières, que de décentralisation, les auteurs du rapport estimant nécessaires en amont, des clarifications nationales sur les relations Etat/CNAM. A l'époque le projet est critiqué notamment par l'opposition qui réclame une véritable décentralisation. Evin répond : « mais où avez-vous entendu une telle revendication des régions elles-mêmes ? Qui dit « décentralisation » dit forcément, comme pour les lycées, gestion, donc vote des recettes et pas seulement administration des dépenses ! Alors méfions-nous des slogans faciles : sauf à ne traiter que de l'hospitalisation, le débat n'est pas mûr : de quels outils dispose-t-on pour remplacer la Convention nationale des médecins libéraux ? »¹.

A l'époque J.F. Mattei se prononce pour la régionalisation afin d'obtenir un meilleur rapport coût/efficacité. Il envisage une définition nationale des orientations et une gestion régionale.

En juillet 2002, le député UDF Jean-Luc Prél dépose un projet de loi proposant une régionalisation poussée du système de santé⁹. Le projet l'UDF est favorable à une régionalisation vue comme une alternative à l'opposition étatisation/privatisation. Deux propositions de loi ont été déposées en octobre 2000 et juillet 2002 par J-L.Prél sur la régionalisation. Elles proposent le même projet :

- Un conseil régional de santé où siègent tous les acteurs (représentants des établissements de soins, professionnels libéraux, associations de malades). Le conseil régional est chargé d'évaluer les besoins à partir des travaux des ORS, de veiller à l'adéquation de l'offre aux besoins, du contrôle de l'exécutif régional (ARS)..

⁸ Le groupe de travail comprend des députés des différents partis : Bernard Accoyer (RPR), Roselyne Bachelot (RPR), Yves Bur (UDF), Catherine Genisson (PS), Odette Grzegulka (PS), Denis Jacquat (DL), Patrick Malvieille (PC), Jacqueline Matthieu-Obadia (RPR), Pierre Morange (RPR), Philippe Nauche (PS), Jean-Luc Prél (UDF), Chantal Robin-Roarigo (PC), Jean Rouger (PS), A.Veyret (PS).

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, 7 mars 2000.

⁹ Prél (J-L), *Proposition de loi n°128 tendant à instaurer une régionalisation de la santé*, Documents de l'Assemblée Nationale, Commission des affaires culturelles, familiales et sociales, 24 juillet 2002.

- L'Agence Régionale de Santé réunit, l'ARH, l'URCAM, des représentants des établissements publics et privés, élus du conseil régional et des conseils généraux, représentants des différents ordres professionnels, associations de malades et anciens malades. Le conseil d'administration de l'ARS est élu par le conseil régional de santé, les élus, les financeurs y compris les complémentaires. Le directeur de l'ARS pourrait à terme être nommé par le conseil régional.
- Les enveloppes sont fongibles
- Les ORS sont renforcés et étendent leur champ d'étude à la démographie médicale et paramédicale

Certaines compétences de l'Etat peuvent être transférées à la région par expérimentation, avec des domaines de compétences croissants :

1. Prévention, éducation
2. Formation initiale et continue et régulation démographique des médecins et paramédicaux
3. Infrastructure des établissements de santé publique
4. Compétence sur la totalité de la santé régionale

Financement par une régionalisation de l'ONDAM, de la CSG, voire impôt régional...

Tableau n° 1 : Les différents projets de régionalisation

	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 collège. 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 sociaux.	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'état 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 maladie.	L'ARS constitue l'exécutif de la politique de santé définie par le conseil régional de santé

3. 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 décentralisation¹⁰. 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* »¹¹, 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 débats sur la régionalisation car personne ne réclame en fait de décentralisation stricto sensu (ie 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).

¹⁰ Voir par exemple : « La région, mais quelle région », *Panorama du médecin*, 29 novembre 2001.

¹¹ « La région, mais quelle région », *Panorama du médecin*, 29 novembre 2001.

Deuxième partie : Le point de vue des élus régionaux : une régionalisation à reculons

1. Un projet de régionalisation de la politique de santé qui prend les Régions de court

Le premier constat qui peut être fait au terme de l'enquête est que 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. Ce qui 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 que coexistent 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'élus 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.

Comme le projet de régionalisation, notre questionnaire a gêné les Régions qui ne se sentaient pas prêtes à y répondre pour la plupart. De nombreuses relances et discussions téléphoniques avec de multiples interlocuteurs (administratifs et politiques) ont été nécessaires pour convaincre les Régions de remplir le questionnaire, quitte à faire état de leur interrogations en guise de réponses. Ce travail a été compliqué par le fait que la plupart des Régions n'ont pas de personnes en charge de la Santé, quoi que peuvent laisser penser certains intitulés de Commissions ou de postes de vice-présidents. Nous avons toutefois constaté une nette évolution entre le début (août) et la fin de l'enquête (novembre) : alors que nos premiers interlocuteurs nous renvoyaient systématiquement au fait que la santé ne relève pas des compétences des Conseils régionaux, les contacts les plus récents illustrent une prise de conscience par les élus de la nécessité de prendre position dans le débat (la plupart des Régions ont prévu de réunir leur Assemblée sur ce thème dans les mois à venir).

1.1. 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, essentiellement en répondant à des demandes de financement¹². Les Conseils régionaux n'apparaissent pas dans ce domaine comme de véritables acteurs, comme des promoteurs de politiques.

¹² De manière significative, nombreuses sont les Régions qui ont classé notre courrier leur adressant le questionnaire avec des demandes de financement !

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.

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. De nombreuses Régions ont ainsi financé dans le cadre du contrat de plan Etat-Régions, la modernisation des établissements d'hébergement pour personnes âgées ; cette action représentant en général le gros des investissements financiers affectés par les Régions à la santé.

Au carrefour de la solidarité et de la 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. Huit régions sur quinze ont ainsi mis en place des programmes de prévention à destination des jeunes en formation ; le Conseil régional de Poitou-Charentes apporte par exemple son soutien financier aux infirmeries des Lycées. De nombreuses régions investissent la santé par le biais du financement de la formation des professionnels de santé (par exemple Nord-Pas-de Calais ou Poitou-Charentes).

Contre toute attente, la compétence en matière de formation induit plus d'actions en matière de santé que l'aménagement du territoire. Sur ce volet, seules six Régions apportent un soutien financier à la construction et surtout à l'équipement des structures hospitalières, mais aussi à des solutions alternatives comme les transports d'urgence (hélicoptères en Bourgogne ou Picardie par exemple) ou aux projets de TIC /télémédecine (Bourgogne, Franche-Comté).

Enfin toutes les Régions sont investies à des degrés divers dans des actions de prévention, d'éducation à la santé. Cette action va du simple financement d'associations luttant contre le sida, la toxicomanie, l'alcoolisme (par exemple Ile-de-France et sida via le CRIPS) à la mise en place d'une stratégie concertée entre partenaires régionaux comme dans le Nord-Pas-de Calais (Maison de Promotion de 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 comme les registres des tumeurs en Basse-Normandie par exemple. Bien que représentant des outils stratégiques pour déterminer une politique de santé au niveau régional, ces systèmes d'information ne semblent toutefois pas être réellement investis en ce sens par les Régions qui se contentent là encore le plus souvent de répondre à des sollicitations de financement.

1.2 - Prudence et attentisme face aux projets de régionalisation

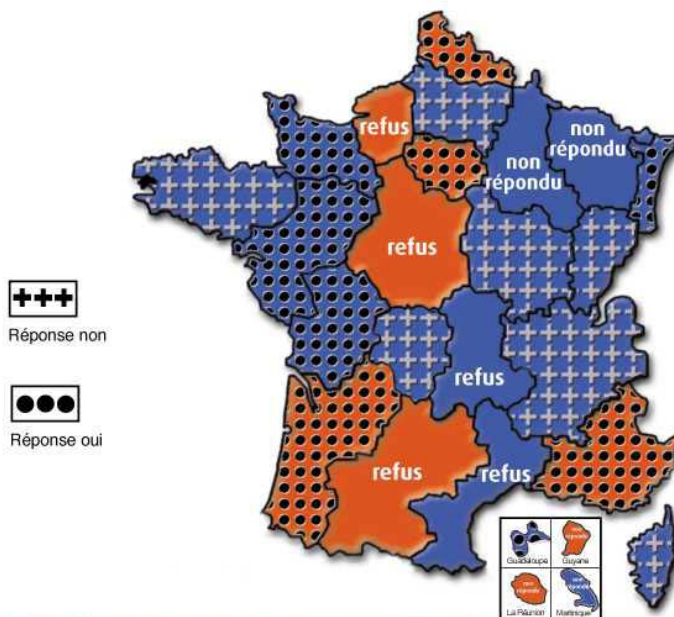
Une fonction considérée comme régaliennne dont l'irruption dans le débat sur la décentralisation suscite attentes et inquiétudes

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. Les réponses aux questions prospectives de notre questionnaire sont de ce fait souvent prudentes.

A la question « Projetez-vous de mettre en place de nouvelles actions en matière de santé dans les prochaines années », sept régions répondent non et sept oui, mais la moitié des réponses (positives ou négatives) précisent le caractère provisoire de leurs prises de position. La Franche-Comté répond « *non pour l'heure* », la Basse-Normandie oui mais en stipulant « *à déterminer dans le cadre d'une nouvelle décentralisation* », l'Alsace répond « *non en dehors du transfert d'une compétence pour la santé* », l'Île-de-France fait elle référence au débat interne au Conseil régional « *Oui, trop tôt pour les aborder ici – discussion concertée à venir lors de l'élaboration du programme* ». Les Régions sont à la fois dans l'attente des propositions gouvernementales et des décisions de l'Assemblée régionale.

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, les réponses ne sont pas liées à la « couleur politique » (bleue pour les conseils régionaux de la majorité et rouge pour les conseils régionaux de l'opposition).

Carte 1 : le souhait des régions sur l'extension ou non des compétences en santé



Carte 1 - Souhaitez-vous voir s'étendre les compétences des Conseils Régionaux en matière de politique de santé comme cela a été proposé récemment ?

Trois des Régions qui répondent ici par l'affirmative fixent des conditions et des limites à leur adhésion au projet de régionalisation. Le Nord-Pas de Calais, souligne « *sous condition de transferts financiers, humains et juridiques* », la Région Alsace « *mais indirectement par l'intermédiaire d'une autorité régionale de la santé* » et Pays de Loire, sous conditions, la question étant en débat au sein de l'assemblée pour fixer le niveau de la participation régionale. Ces réserves sont révélatrices de ce qui préoccupe les Régions dans ce projet : disposer de moyens réels pour assurer d'éventuelles nouvelles missions. Cette préoccupation est d'abord financière : les élus régionaux s'inquiètent du transfert d'un domaine dont le coût dépasse largement le montant des budgets régionaux. Ainsi, les six régions refusant un transfert de compétences en matière de santé expliquent leur refus par le fait que les Conseils régionaux ne disposent pas des moyens financiers nécessaires. La seconde raison invoquée (par 4 Régions sur 6) est que la santé relève des compétences des Conseils généraux. Cette volonté affichée de respecter la répartition des compétences existante, reflète surtout la volonté très forte de certaines Régions et de leurs Présidents de ne surtout pas investir ce domaine politiquement difficile qu'est la santé. « *Les élus régionaux ont toujours refusé de mettre le doigt dans quelque chose pour lequel ils n'ont pas de compétences et qui risque de leur coûter cher* » explique un élu. La grande prudence dont font preuves les Régions partantes pour un renforcement de leurs compétences, refusant dans leur grande majorité d'assumer seules et directement ces nouvelles compétences, atteste elle aussi des inquiétudes que suscite la décentralisation de la santé.

Le renforcement des inégalités inter-régionales représente par exemple une source d'inquiétude des élus face aux projets de décentralisation. Alors que l'un des objectifs affichés de la régionalisation est de réduire ces inégalités, les Régions pauvres craignent de ne pas pouvoir suivre les Régions riches sur le terrain de la santé et de voir l'écart entre elles se creuser en matière sanitaire. « *Si on décentralise, forcément à un moment où à un autre la question des inégalités se posera, même s'il existe une péréquation. La péréquation c'est une blague, on ne la fera pas. Donc notre Région va trinquer. Aujourd'hui c'est de la responsabilité de l'Etat et il n'y arrive pas...* ». La majorité des élus rencontrés ne croient pas en une péréquation nationale capable d'éviter ces inégalités. Les Régions riches font elles aussi état du risque de renforcement des inégalités, mais on peut se demander si leur inquiétude réelle ne tient pas plutôt au fait qu'elles risquent d'être mises financièrement à contribution dans un contexte de limitation croissante des enveloppes régionales d'hospitalisation.

Pour ces différentes raisons, un consensus se dégage des entretiens autour du principe selon lequel le financement de la politique de santé relève de l'Etat qui doit rester garant de la solidarité nationale et de l'égalité de traitement des citoyens. La décentralisation de la santé, comme celle de la justice ou de la sécurité n'apparaît pas réalisable pour les élus, quels que soit leur appartenance politique. De ce fait, les élus régionaux rencontrés ne revendiquent pas dans leur ensemble la mise en place d'un financement reposant sur des impôts régionaux comme cela existe dans certains pays ayant quasi totalement décentralisé la santé. De la même manière, ils considèrent que la définition de la majeure partie des règles de fonctionnement du système de santé relève de la compétence du niveau national ce qui ne va pas sans poser un certain nombre de problèmes - pas forcément abordés dans les entretiens - comme par

exemple le risque majeur de crise lié à la distinction des fonctions de production de la norme et de gestion¹³.

1.3 - « Une décentralisation de dupe », un piège pour les élus régionaux ?

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 cet élu. Evoquant le précédent des lycées, les élus rencontrés refusent ce qu'ils nomment « *une décentralisation de dupe* », à savoir une charge supplémentaire sans transferts financiers à la hauteur et surtout sans pouvoir réel. Ainsi cet élu chargé de la santé à qui nous demandons comment il envisage la régionalisation de la santé : « *J'ai un exemple, c'est celui des lycées. Les conseils régionaux sont responsables de l'entretien, des bâtiments (...) Cette expérience de décentralisation pour les lycées a été un succès, mais ce succès a un coût pour les conseils régionaux car l'Etat n'a pas transféré comme prévu les moyens nécessaires. Le conseil régional a du recourir à l'impôt et contracter des emprunts pour assurer ses missions* ».

Sur ce point, le risque majeur évoqué est le transfert vers les Régions de la gestion du parc hospitalier, sans moyens d'agir ni sur les personnels, ni sur l'activité de l'hôpital, mais avec un coût certain, compte tenu de la vétusté de la plupart des hôpitaux. Les élus régionaux rencontrés s'opposent unanimement à ce type de transfert, qui se résume pour les Conseils régionaux à être « *peintre en bâtiment* » et à « *mettre la main à la poche* ». Ils dénoncent la volonté de désengagement, notamment financier, de l'Etat que cache le projet de régionalisation de la santé. « *On est très prudent là dessus parce qu'en fait l'Etat attend que les régions mettent la main à la poche et souhaite se débarrasser d'un certain nombre de choses via le plan Etat-région* » explique cet élu. « *On a déjà eu de mauvaises surprises avec les transports publics. Je veux bien croire que la Région peut être meilleure gestionnaire, mais elle ne peut être magicienne. Si c'est uniquement pour transférer des charges nationales vers les régions, ça ne va pas* ».

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 choix difficiles et pas forcément populaires. « *La tentation pour l'Etat pourrait être de type Allègre : c'est un mammoth non maîtrisable au niveau national, via la déconcentration du système hospitalier, on maîtrise mieux les évolutions, d'où le projet des ARS avec des enveloppes à respecter, l'idée étant que ça dérapera moins. Ça c'est côté Etat. Côté région, l'envie de s'y coller n'y est pas. L'envie de devoir faire des arbitrages en terme d'offre de soins, moyens mis à disposition, avec hiérarchisation et suppressions, explique que les Conseils régionaux n'aient pas envie de s'y coller* ». La plupart des Régions ne souhaitent pas se trouver en première ligne concernant les décisions politiquement difficile 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 « *on se fout des bombes dans les doigts. En cas d'infection nosocomiale par la ventilation, c'est la région responsable des équipements qui portera le chapeau* ». Ils sont par contre nombreux à envisager de renforcer leur intervention dans des domaines moins conflictuels comme la prévention ou l'éducation à la santé.

¹³ la mise à niveau nécessaire des hôpitaux en fonction de l'évolution des normes de sécurité serait alors supportée par les régions sans droit de regard sur les normes en question.

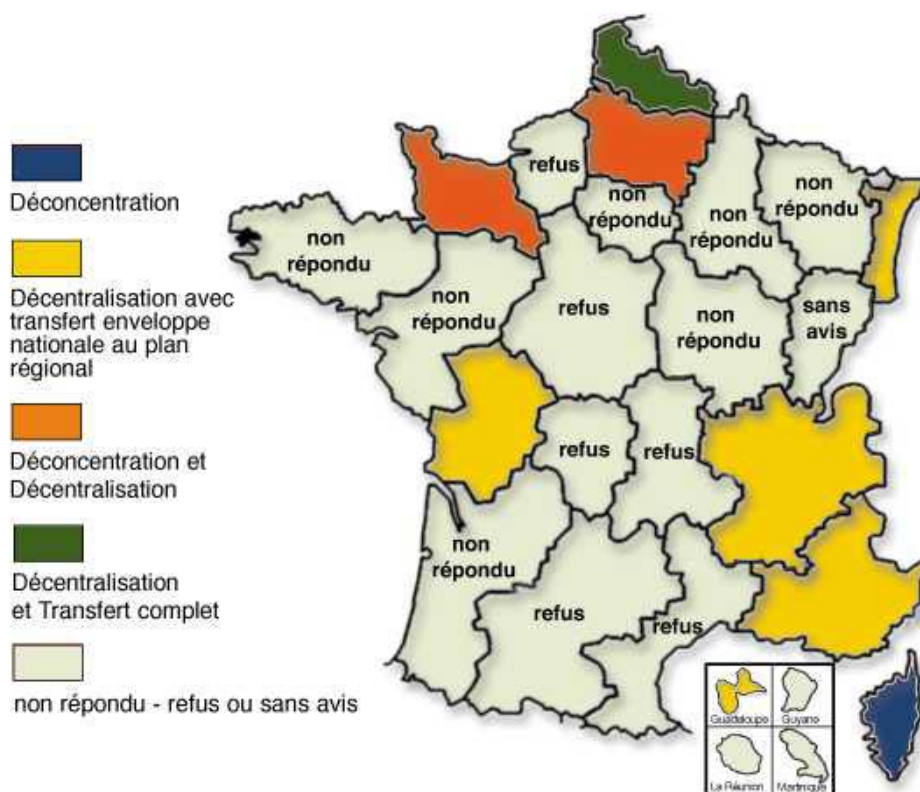
2. Les positions des élus face aux projets de régionalisation

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 réponse 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 Agence 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 envisagé 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.

2.1 - 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.

Carte n°2 : les attentes des régions de la déconcentration à la décentralisation des financements



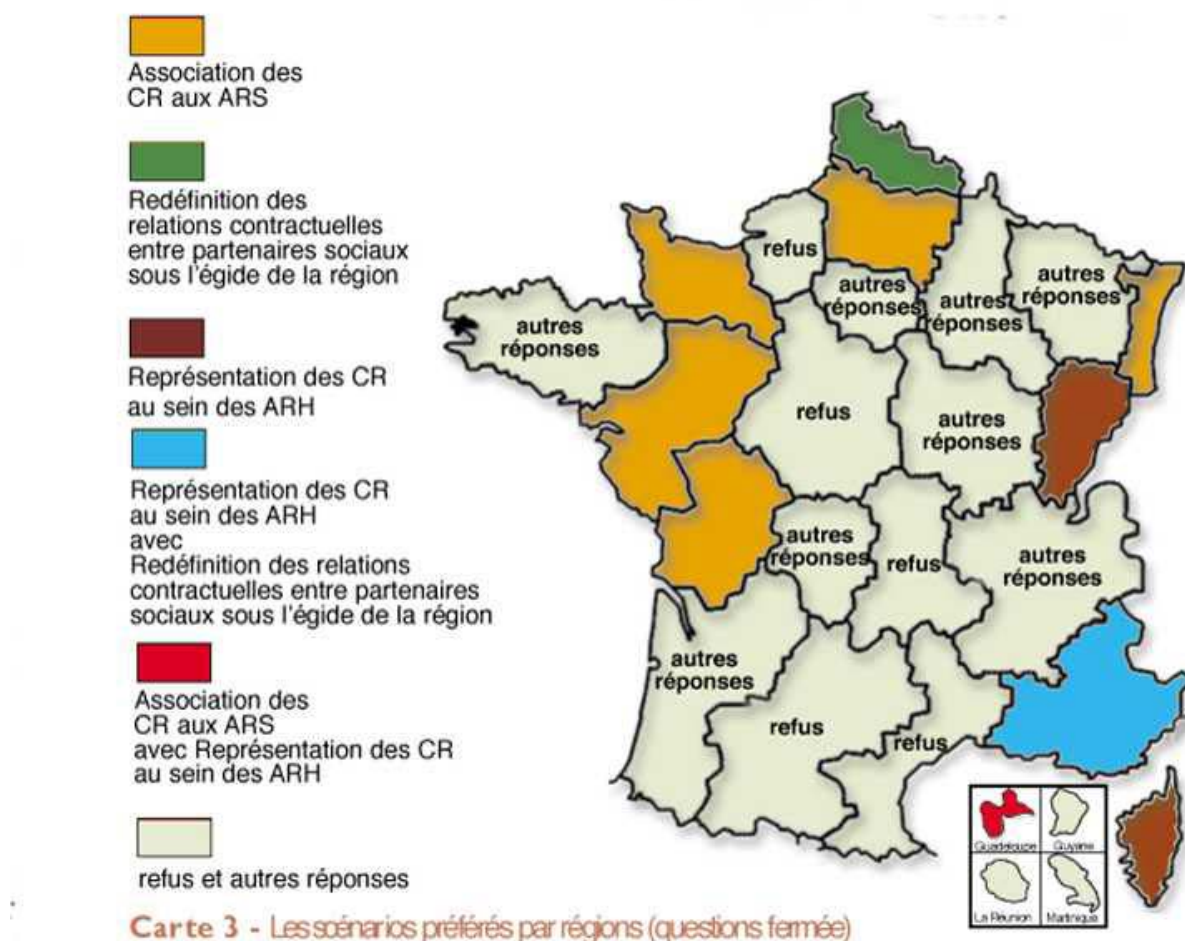
Carte 2 - Comment envisagez-vous la régionalisation du système de santé ?

Interrogées sur la manière dont elles envisagent la régionalisation, un nombre non négligeable de Régions ne se prononcent 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 ne sont toutefois pas toujours clairs 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) aurait 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 n° 3.

Carte n° 3 : Les scénarios préférés par les régions (question fermée)



Demeurant constant dans ses prises de position, seul le Nord-pas-de-Calais se dit prêt à assumer directement la politique de santé, en prenant en charge le cas échéant la redéfinition des relations contractuelles entre partenaires sociaux au niveau régional.

Les 6 Régions qui optent pour les ARS (Alsace, Basse-Normandie, Guadeloupe, Nord-pas-de-Calais, Picardie, Poitou-Charentes), mais aussi les 3 Régions qui leur préfèrent dans un premier temps une association des Conseils régionaux aux ARH (Corse, Franche-Comté et Guadeloupe), sont en réalité plutôt favorables à une déconcentration qui ferait une plus grande place aux élus locaux. Le but est d'abord de rompre avec une présence formelle des élus, comme c'est le cas selon eux aujourd'hui au sein des CROSS notamment.

« L'assurance maladie gère avec le préfet l'ensemble du champ hospitalier, ambulatoire et médico-social et on introduit en plus de nouveaux acteurs, dont les collectivités locales au titre de la démocratie représentative et les professionnels. Moi je suis favorable à un pilotage par quelqu'un nommé par l'Etat : un directeur de type ARH, mais qui ne gère pas tout seul comme aujourd'hui ».

L'assemblée régionale apparaît pour certains comme le lieu d'élaboration de la politique de santé régionale ou tout au moins un lieu de débat sur celle-ci. L'assemblée régionale en abordant la santé de façon large notamment au travers de questions liées à l'environnement ou les conditions de vie permet de dégager les priorités, et d'organiser le débat sur la santé sans le réduire à la question de la gestion des soins de santé *« l'élu doit réfléchir au problème politique ; il fait des choix de priorité, ce qui est différent de la position de gestionnaire »*. Ce peut être aussi par une contribution aux projets des acteurs en charge de la gestion *« l'apport des élus n'est pas de rejeter l'organisation hospitalière mais plutôt de voir comment l'organisation hospitalière peut contribuer à la santé »*. Cette contribution peut être plus contraignante pour l'acteur représentant l'état *« La décentralisation implique la mise en œuvre de priorités lisibles et efficaces pour le citoyen. Dans cette phase nouvelle de la décentralisation, nous estimons que la Région devrait dans un premier temps être partie prenante dans l'élaboration du SROS avec avis conforme. Pour l'ARH, ce serait une avancée significative, mais se pose le problème du financement »*.

2.2 - Une décentralisation partielle et multiforme dans des domaines déjà investis par les Régions (lien avec expérimentation)

Tableau 4. Les domaines dans lesquels le renforcement de compétences est envisagé
(8 réponses sur 9 régions qui souhaitent un transfert de compétence aux régions)

	Tutelle des Etablissements				Budget	Prévention	Politique de santé	Organisation des soins				Formation		Information patients	Autres			
	HL	HG	CHR/CHU	PSPH				Urgences	réseaux	Soins suite	Autres	Des prof.	Des élus		Maison d'accueil pers. Agées	Maintien domicile	Domotique	Autres
Alsace					X	X	X	X	X									
Basse-Normandie			X												Missions des Conseils Généraux			
Aquitaine						X	X											
Guadeloupe						X	X											
Ile-de-France	Pas dans cette étape de la décentralisation (cf Q.10)					X	X											
Nord-Pas-de-Calais		X	X	X	X	X	X					X	X	X				
PACA						X	X									X		
Poitou-Charentes			X			X	X		X			X						
Rhône-Alpes					X	X						X						
Si l'Etat l'imposait																		

Presque toutes les Régions (8/9) parmi celles qui souhaitent voir leurs compétences s'étendre en matière de santé ou presque 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 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.

Par contre concrètement : sur le volet hospitalier, un tiers des Régions (3 sur 9) se disent prêtes 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. « Ça ne peut concerner que les structures hospitalières. Je ne vois pas comment on pourrait décentraliser tout ce qui touche à la médecine libérale ou alors ce serait quelque chose de phénoménal : négociations par les

caisse d'assurance maladie régionales, mais alors que devient la convention médicale ? ». 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 DRRASS 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 loi de programmation doit définir les règles d'installation des professionnels, avec plus de mobilité géographique, mais aussi plus de mobilité d'une spécialité à l'autre. Les régions abonderaient le revenu et les formations dans les spécialités où il existe des besoins : incitations financières, mais aussi action sur le déroulement de la carrière, l'attractivité de la profession, sur les conditions de vie (université, vie culturelle, etc. tout ce qui peut compenser le manque de soleil...). Si on fait une péréquation nationale et qu'elle mène à une discrimination positive comme on l'a eu pour l'hôpital, du coup on peut mettre plus sur d'autres choses, ça notamment. Que deviendrait la convention médicale ? Pourquoi pas des conventions régionales ? Il faudrait une convention cadre fixée au niveau national et un deuxième ou troisième étage au niveau régional sur une enveloppe régionalisée. On devrait pouvoir refuser de conventionner au niveau d'une région ».

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 approfondi 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 ».

Troisième partie : Questions autour d'une réforme annoncée

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 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.

1 . 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 Catalogne¹⁴, c'est le choix d'un système étatique (béveridgien) qui a été fait. La Catalogne reçoit une dotation budgétaire de l'état 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 Toscane 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 situation 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 découplage 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 d'ailleurs clairement l'option choisie par le conseil régional d'Ile de France qui soutient l'innovation dans le champ médico-social.

¹⁴ Salines E. et coll , « Régionalisation : l'expérience de la Catalogne » *adsp* n°37 décembre 2001, p61.

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 plusieurs 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 un 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 peut 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.

2. 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 européens¹⁵. 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 menacés par la régionalisation. Si la régionalisation est souvent évoquée comme moyen de résorber les inégalités¹⁶, on constate dans l'ensemble des pays ayant opté pour cette voie, un maintien, voire une aggravation de inégalités comme en Espagne et en Italie¹⁷.

¹⁵ 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.

¹⁶ 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

¹⁷ 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) », *Eurosanté*, 1991. Berranger de (T.), 1996, p.267, *op.cit.*

Une décentralisation achevée du système de santé inclut celle de son financement. Or les exemples italiens et espagnols tendent à démontrer que, dès lors 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 fond de péréquation inter-régions reste dominant. Mais le fonctionnement de ce fond 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 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-ci¹⁸. 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.

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 financements¹⁹. 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 intéresse²⁰. 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.

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

¹⁸ Berranger de (T.), 1996, p.268, *op.cit.*

¹⁹ 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.

²⁰ 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.

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.²¹. Dans certains pays, les Régions doivent régulièrement rendre des comptes au Parlement sur leur action en matière de santé. Au Québec par exemple, les régions 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.

3. 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 »²². 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 déconcentration²³. 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 entendu. 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.

Comme le souligne Marianne Berthod-Wurmser²⁴, 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'implantation des

²¹ Berranger de (T.), 1996, p.269 et s., *op.cit.*

²² Chardon (D.), « Hôpital 2007 : le gouvernement lancera son plan de sauvetage en novembre », *Le Quotidien du Médecin*, 30 septembre 2002.

²³ « M.Mattei dévoile les grandes lignes de son plan 'hôpital 2007' », *Le Monde*, 27 septembre 2002.

²⁴ M.Berthod-Wurmser, 1995, *op. cit.*

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)²⁵. 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 des Länders en Allemagne qui ont la responsabilité de la formation des médecins. Le nombre de médecins formés y est très important et considéré comme pléthorique. Les mécanismes de limitation à l'installation voire au droit d'exercer la médecine sont alors mis en place pour limiter la croissance de l'activité médicale. Si un tel scénario s'installe en France, 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 prestations²⁶.

²⁵ Tabuteau (D.), 2002, p.746, *op.cit.*

²⁶ 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.

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. 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 économique et sociaux régionaux...). Ce conseil 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 »²⁷. Il reprend les compétences des comités et commissions techniques existantes : conférences régionales de santé, CROS, 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 adienne de cette loi, les acteurs régionaux existant risquent fort de se rapprocher sous l'effet d'annonce de la régionalisation. Les Conseil Régionaux sont aujourd'hui extrêmement sollicités, de la part 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

²⁷ Tabuteau (D.), 2002, p.745, *op.cit.*

Annexes

Annexe n°1 : liste des élus interviewés

Monsieur Umberto BATIST , Monsieur Claude GALAMETZ

*Conseil Régional du Nord-Pas de Calais (Daniel Percheron, sénateur)
. CR - Centre Rihour - F-59555 Lille Cedex - Tél.: 03.28.82.82.82 - Fax:
03.28.82.52.35 - <http://www.cr-npdc.fr>*

Monsieur J-L.LORRAIN sénateur – président du groupe de travail sur la régionalisation

Conseil Régional Alsace - 35, av. de la Paix - BP 1006 - F-67070 Strasbourg Cedex
- Tél.: 03.88.15.68.67 - Fax: 03.88.15.68.15 - <http://www.cr-alsace.fr>

Dr Jean PONSONNAILLE

Vice Président Commission « Equipements sanitaires et sociaux, culture, sport ».

*Conseil Régional Auvergne - 13-15, av. de Fontmaure - BP 60 - F-63402
Chamalières Cedex –*

Tél.: 04.73.31.85.85 - Fax: 04.73.36.73.45 - <http://www.cr-auvergne.fr>

Madame Francine BAVAY : 8ème Vice-Présidente chargée des solidarités, de l'action sociale et de la santé

Monsieur Jean-Paul PLANCHOU : président de la commission des finances

Conseil Régional d' Ile de France - 35, bd des Invalides - F-75007 Paris

Tél.: 01.53.85.62.12 - Fax: 01.53.85.62.19 - <http://www.cr-ile-de-france.fr>

Monsieur CHAMBON, Madame FRULEUX

Conseil Régional - Rhône-Alpes

78, rte de Paris - BP 19- F-69751 Charbonnières-lès-Bains Cedex

Tél.: 04.72.59.40.00 - Fax: 04.72.59.42.18 - <http://www.cr-rhone-alpes.fr>

Dr Jean-Louis HUSSONNOIS

Conseil Régional – Bourgogne - 17, bd. de la Trémouille - BP 1602 - F-21035 Dijon
Cedex - Tél.: 03.80.44.35.04 - Fax: 03.80.44.35.45 - <http://www.cr-bourgogne.fr>

Annexe n° 2 : citations d'hommes politiques sur la régionalisation

Ils ont dit de la régionalisation...

Jean-François Mattei

« Peu à peu je constate qu'un consensus émerge pour qu'entre le niveau national éloigné du terrain et le niveau départemental parfois trop petit pour disposer des compétences nécessaires, le niveau régional devienne l'unité de base de l'organisation du système de santé... Mes services étudient les différents scénarios possibles de création des agences régionales de santé »²⁸.

Claude Huriet :

« Claude Evin dit en fait : 'Oui à la déconcentration, mais non à la décentralisation effective du système de santé'. Moi je dis au contraire : 'Oui à la décentralisation réelle et indispensable' »²⁹.

Claude Evin

« Où avez-vous entendu une telle revendication des régions elles-mêmes ? Qui dit « décentralisation » dit forcément, comme pour les lycées, gestion, donc vote des recettes et pas seulement administration des dépenses ! Alors méfions-nous des slogans faciles : sauf à ne traiter que de l'hospitalisation, le débat n'est pas mûr : de quels outils dispose-t-on pour remplacer la Convention nationale des médecins libéraux ? »³⁰.

Jean-Luc Prétel :

« Plutôt qu'une étatisation ou une privatisation du système de santé, je propose une véritable régionalisation »³¹.

Jacques Barrot :

« l'heure me semble venue de créer un véritable établissement public de santé régional. Composé à l'image de l'ARH, cet établissement public doit avoir un responsable nommé au plan national, mais entouré d'un conseil d'administration qui associerait des soignants, des financeurs, mais aussi des élus représentants d'une certaine manière les usagers...on peut penser qu'à terme le Parlement pourra fixer des enveloppes de moyens région par région, et l'établissement public pourra alors gérer des enveloppes globales, en répartissant les moyens entre les différentes formes de soins, ceux donnés à l'hôpital, ceux donnés en ville »³².

²⁸ Perez (M.), « Santé publique : Jean-François Mattei expose ses projets », *Le Figaro*, mercredi 2 octobre 2002.

²⁹ « Le Pr Claude Huriet : la régionalisation du système de santé doit être totale », *Le Quotidien du Médecin*, vendredi, 26 mai 2000.

³⁰ Evin (C.), Entretien, *Filières et réseaux*, mars-avril 2000.

³¹ Prétel (J-L.), Interview par M. Ozanam, Site Medcost, 21 avril 20001. (www.medcost.fr).

³² Barrot (J.), « Responsabiliser, régionaliser », *Sociétal*, n°36, 2° trimestre 2002.

Annexe n°3 : L'exemple de la Maison de promotion de la santé du Nord-pas-de-Calais

L'expérience de la Maison de promotion de la santé du Nord-pas-de-Calais offre une bonne illustration des synergies qui peuvent apparaître entre partenaires régionaux lorsque les élus s'impliquent dans une politique de santé régionale.

En 1990, le vice-président du Conseil régional du Nord-pas-de-Calais en charge de la santé et les directeurs de la CRAM et de la DRASS ont décidé de créer ensemble une Maison de promotion de la santé. Le vice-président de l'époque revient sur cette initiative : *« Avant on avait de grandes associations qui travaillaient chacune dans son coin. Chacun avait tendance à avoir son association : la DRASS, la CRAM... Ces associations étaient précaires et souvent redondantes : chacun avait son centre de documentation, son local, etc. On a réuni tout le monde dans les mêmes locaux se qui fait une économie d'échelle, qui permet une sérénité financière, moins de concurrence et plus de coordination entre les associations. Cette maison est à la fois un centre de ressource et d'ingénierie (...) Cette maison s'adresse à tout le monde. Par exemple une infirmière scolaire peut y trouver de la documentation, mais aussi un soutien et une aide sur comment intervenir, comment faire passer des messages de prévention, etc. »*. Ouverte à tous, la Maison héberge l'ensemble des associations et institutions financées par les partenaires fondateurs. De l'Observatoire Régional de la Santé, au groupement régional d'alcoologie (qui regroupe un volet recherche, des associations et le service hospitalier) en passant par le CRIPS créée à la demande de l'Etat, tous les outils sont intégrés dans la Maison au fur et à mesure de leur apparition. Réunies en un lieu unique, les différentes institutions partagent des services communs (accueil, documentation, reprographie, etc.). La Maison édite aussi un mensuel.

« C'est un outil de cohérence et d'échange et une force de frappe considérable ce petit monde : une quarantaine de personnes dont trois médecins de santé publique, des épidémiologistes, un géographe de la santé qui dirige l'observatoire... C'est un potentiel humain et technique considérable » conclut notre interlocuteur. Cette force est d'autant plus grande que sont associés à la Maison l'ensemble des acteurs régionaux. Le président de la maison est un élu, le directeur coordinateur est un médecin en santé publique et un comité de maison réunit les associations. Le conseil d'administration, composé à l'origine des trois membres fondateurs DRASS-Région-CRAM, s'est élargi dans un premier temps à deux conseillers généraux puis, après les ordonnances de 1996, à des représentants de l'ARH, de l'URCAM et de l'URML, toutes ces institutions et notamment les médecins libéraux s'étant fortement investis dans le projet. Le Conseil régional reste le principal financeur de la Maison à hauteur de 60%, contre 15% pour l'Etat et 25% pour la CRAM.

La Maison de promotion de la santé du Nord-pas-de-Calais apparaît comme une solution intelligente et peu coûteuse pour rationaliser l'action en matière d'observation et de promotion de la santé amorcée par plusieurs régions à ce jour. C'est certainement en faisant vivre un certain nombre d'outils de ce type, peu accessibles aux départements et communes, que les Régions ont un rôle central à jouer sur ce volet de la politique de santé.

Annexe n°4 : Bibliographie

RUELLAN R. MORANGE P. PIGEMENT C., TAYLOR P., BINST M., DANNER G., GIBERT P., LECLERCQ B., PUPATO S. RAPP F., « Panorama hospitalier international. Le financement et la gestion des dépenses hospitalières. », La revue hospitalière de France, n°486, mai- juin 2002.

MAIGNE D., NAUCHE P., BAR D., RUIZ B., COLLET G., PONSEILLE M. PELISSERO G. EDWARDS B., « Panorama hospitalier international. L'organisation des hôpitaux en Europe. », La revue hospitalière de France, n°486, mai- juin 2002.

TABUTEAU D., « La régionalisation du système de santé en questions », Droit Social n°7-8, juillet- août, 2002.

SALINES E., BRECHAT P.H., SCHAEZEL F., DANZON A., « Régionalisation : l'expérience de la catalogne. », ADSP, n°37, décembre 2002.

GIRARD J-F., DURIEZ M., DESPORTES-DAVONNEAU A., « Les agences dans le système de santé : un nouveau visage institutionnel ? Les agences : Topologie et missions. », ADSP, n°37, décembre 2002.

MARQUESTAUT O., « Partenariat et régionalisation des politiques de santé. Une approche à partir de la coordination des programmes régionaux de santé des pays de la Loire. », mémoire ENSP, 2001.

SANCHEZ J-L., KUPERMINE J., PADIEU C., TEYCHENNE S., RIDEL M., « Décentralisation : de l'action sociale au développement social. Etat des lieux et perspectives. », L'harmattan, 2001.

PREEL J-L, « Proposition de loi : régionalisation du système de santé. », Documents de l'Assemblée Nationale, 18 octobre 2000.

Société Française de l'Evaluation, « L'enjeu territorial dans le domaine de la santé : faits et tendances. », SFE, juin 2001.

« Faut-il supprimer les DRASS ? et les CRAM ? », Protection Sociale Informations, n°290, février 2001.

POLTON D., « La régionalisation : Quels objectifs ? Quels moyens ? », Hospitalisation nouvelle, n°280, août- septembre 2000.

ANDRE P., « Délégations du sénat pour la planification Etat- Régions 1994-1999, Documents du Sénat, 1999.

Observatoire régional de la santé des pays de la Loire, Régulation : La régionalisation en marche. », Santé : Pays de la Loire, n°31, mai 1999.

Décentralisation

BAGUENARD, J., « La décentralisation », Presses universitaires de France, 1996
Collection : Que sais-je ?.

DELEVOYE J-P., MERCIER M., « Rapport de la mission commune d'information chargée de dresser le bilan de la décentralisation. », Documents du Sénat, juin 2002.

« La décentralisation : textes de référence. », Démocratie locale, n°28, janvier 1984.

« Une nouvelle répartition des compétences entre les communes, les départements, les régions et l'Etat. », Démocratie locale, n°25, mai 1983.

Les transferts de compétences entre les communes, les départements, les régions et l'Etat en 1984 et 1985. », Démocratie locale, n°30, mars 1984.

Annexe n°5 : Questionnaire d'enquête

Les conseils régionaux et la santé **Questionnaire** **destiné aux présidents des Conseils Régionaux**

• Les actions en santé du Conseil régional

1. Le Conseil Régional que vous présidez mène-t-il des actions dans le domaine de la santé ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

2. Dans quel cadre ces actions sont-elles menées ?

- ☐ Solidarité
- ☐ Aménagement du territoire
- ☐ Développement économique
- ☐ Education
- ☐ Autres (*préciser*)

3. *Pouvez-vous préciser de quels types d'actions il s'agit et à quels publics elles s'adressent ? (réseau de soins pour les personnes âgées, prévention auprès des jeunes, tourisme de santé - thermalisme)...* ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

4. Projetez-vous de mettre en place de nouvelles actions en matière de santé dans les prochaines années ?

- ☐ Oui
(lesquelles ?.....
.....
.....)
- ☐ Non

5. Quels sont les principaux partenaires du Conseil Régional dans le domaine de la santé ?

- ☐ Agence Régionale d'Hospitalisation
- ☐ Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
- ☐ Conférence Régionale de santé
- ☐ Conseil économique et social régional
- ☐ Conseils généraux
- ☐ Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie
- ☐ Union Régionale de Médecins Libéraux
- ☐ Autres... (*préciser*)

- **Les perspectives ouvertes par les projets de régionalisation**

6. Souhaitez-vous voir s'étendre les compétences des Conseils Régionaux en matière de politique de santé comme cela a été proposé récemment ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

7. Si non, pour quelle(s) raison(s) ?

- ☐ La santé relève des compétences des conseils généraux
- ☐ Les conseils régionaux ne disposent pas de l'expertise nécessaire
- ☐ Les conseils régionaux ne disposent pas des moyens financiers nécessaires
- ☐ La gestion de la santé relève des compétences des partenaires sociaux
- ☐ Autres (*préciser*)

8. Si Oui, dans quels domaines (*plusieurs réponses possibles*) ?

Tutelle des établissements de soins

- ☐ Hôpitaux locaux
- ☐ Hôpitaux Généraux
- ☐ Centres Hospitalier Régionaux et Universitaires
- ☐ Etablissements Participant au Service Public Hospitalier

- ☐ *Vote et gestion d'un budget régional de santé*
- ☐ *Prévention, promotion de la santé*
- ☐ *Définition d'une politique régionale de santé*

Organisation des soins

- ☐ Urgences
- ☐ Réseaux
- ☐ Soins de suite
- ☐ Autres...

- ☐ *Formation des professionnels de la santé*
- ☐ *Formation des élus en charge de la santé*
- ☐ *Information des patients*

- Autres*
 - ☐ Maison d'Accueil Personnes Agées
 - ☐ Maintien à Domicile
 - ☐ Domotique
 - ☐

9. Comment envisagez-vous la régionalisation du système de santé ? (*plusieurs réponses possibles*)

- ☐ Déconcentration simple des services de l'Etat
- ☐ Décentralisation avec transfert de l'enveloppe budgétaire du plan national au plan régional
- ☐ Transfert complet à la région avec vote du conseil régional sur les niveaux de prélèvement

10. En pratique quel scénario aurait votre préférence ? (*plusieurs réponses possibles*)

- ☐ Association des conseils régionaux à de nouvelles institutions régionales (type Agences Régionales de Santé)
- ☐ Représentation des conseils régionaux au sein des Agences Régionales d'Hospitalisation
- ☐ Redéfinition des relations contractuelles entre partenaires sociaux sous l'égide de la région
- ☐ Autres (*préciser*)

- **Questions en vue d'une enquête plus approfondie**

11. Le Conseil régional que vous présidez s'est-il doté d'une commission ou d'un groupe de travail sur les enjeux liés à la santé ?

- ☐ Oui (*préciser l'intitulé exact et la date de création.....*)
- ☐ Non

12. A quelle(s) personne(s) peut-on s'adresser au conseil régional sur des questions touchant à la santé ? (*préciser nom et fonction.....*)

13. Le Conseil régional a-t-il déjà produit une réflexion écrite sur la santé (ou le thème est-il abordé dans des documents plus généraux) ?

- ☐ Oui (si oui pourriez-vous nous procurer ces documents)
- ☐ Non

Annexe n°6 : résultats du questionnaire

1. Le Conseil Régional que vous présidez mène-t-il des actions dans le domaine de la santé ? : 15 oui dont l' Alsace : Oui de manière très marginale

2. Dans quel cadre ces actions sont-elles menées ?

	<i>Solidarité</i>	<i>Aménagement territoire</i>	<i>Développement économique</i>	<i>Education</i>	<i>Autres</i>
<i>Alsace</i>				<i>X</i> <i>Insertion professionnelle des jeunes</i>	
<i>Aquitaine</i>	<i>X</i>		<i>X</i>		<i>Recherche CNRS colloques santé</i>
<i>Basse-Normandie</i>	<i>X</i>				
<i>Bourgogne</i>	<i>X</i>	<i>X</i>			
<i>Bretagne</i>	<i>X</i>				
<i>Corse</i>	<i>X</i>	<i>X</i>			
<i>Franche-Comté</i>	<i>X</i>	<i>X</i>		<i>X</i>	<i>Formation professionnelle des jeunes</i>
<i>Guadeloupe</i>	<i>X</i>	<i>X</i>	<i>X</i>		<i>Etudes, colloques</i>
<i>Ile-de-France</i>	<i>X</i>			<i>X</i>	
<i>Nord-Pas-de-Calais</i>	<i>X</i>	<i>X</i>		<i>X</i>	<i>X</i>
<i>Pays de Loire</i>	<i>X</i>				
<i>Picardie</i>		<i>X</i>	<i>X</i>	<i>X</i>	<i>Recherche et Développement Formation Professionnelle Observation</i>
<i>PACA</i>	<i>X</i>			<i>X</i>	
<i>Poitou-Charentes</i>	<i>X</i>			<i>X</i>	<i>Contrat de Plan Etat/région</i>
<i>Rhône-Alpes</i>	<i>X</i>			<i>X</i>	
<i>Total</i>	<i>13</i>	<i>6</i>	<i>3</i>	<i>8</i>	

3. Pouvez-vous préciser de quels types d'actions il s'agit et à quels publics elles s'adressent ?

Alsace

Bilan de santé pour les jeunes en stages d'insertion professionnelle.

Aquitaine

- *Prévention auprès des jeunes (Tabac, Alcool, Drogue, route et accidents).*

Basse-Normandie

- *Humanisation des maisons de retraites*
- *Aides aux handicapés pour l'acquisition de matériel spécifique (adaptation de véhicules, ordinateurs pédagogiques, fauteuils...)*
- *Financement des registres des tumeurs en basse normandie*

Bourgogne

2 types d'action :

- *soutien à des opérations innovantes, notamment dans le domaine de la télémédecine*
- *soutien aux fonctionnement des transports hélicoptérés d'urgence*

Bretagne

- *Modernisation d'établissements d'hébergement pour personnes âgées (Contrat de plan Etat/Région)*
- *Observation de la santé en Bretagne (Contrat de plan Etat/Région)*

Corse

- *Aide à la construction et à l'équipement des structures hospitalières*
- *Aide à l'équipement et au fonctionnement des structures d'hébergement pour personnes âgées, adultes handicapés et enfants inadaptés*
- *Aide au fonctionnement de l'ORS de Corse.*

Franche-Comté

- *Education à la santé pour les jeunes en formation (espaces jeunes)*
- *TIC (mise en réseau des établissements hospitaliers télémédecine)*
- *Participation à l'investissement de certains projets (Maison des parents à Besançon)*
- *BU médecine et pharmacie à Besançon*

Guadeloupe

- *Organisation de colloques sur les problèmes de santé publique*
- *Aide à l'équipement des établissements publics ou privés de santé (sanitaires et médico-social) et aux restructurations*
- *Soutien à l'acquisition de locaux pour réseaux de soins (cancer)*
- *Aide aux associations pour publics exclus, handicapés, délinquants, toxicomanes, réalisation de films documentaires ou magazines (sida, drogues)*

Ile-de-France

- *Soutien à domicile des personnes âgées dépendantes, création de centres de jour et de pôles de coordination gérontologiques*
- *MAPAD, centres d'action médico-sociale précoce, services d'éducation spéciale et de soins à domicile*

- centres d'accueil pour toxicomanes, prévention du sida et des toxicomanies (via le CRIPS dont nous avons doublé le budget en 1998), premier partenaire du festival Solidays
- ORS

Midi- Pyrénées

- Travaux de modernisation des établissements d'accueil pour personnes âgées et au développement de la télé- médecine dans le cadre du contrat de plan 2000-2006.

Nord-Pas de Calais

- Participation à l'investissement pour l'humanisation des structures pour personnes âgées
- Participation à 5 PRS (prévention)
- Participation au financement des formations des professionnels de santé et des internes
- Soutien aux associations de promotion de la santé

Provence- Alpes- Côte d'Azur

- Actions de prévention et d'éducation pour les jeunes (PRS jeunes, PRAPS, Prévention du sida).
- Soutien aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer.
- Action de prévention des risques professionnels en direction des salariés particulièrement exposés (postes de travail et substances dangereuses).

Pays de Loire

Insertion des populations fragilisées (rénovation des établissements pour personnes âgées et handicapées)
Développement d'une politique régionale de santé publique

Picardie

Observatoire, prévention tous acteurs
Équipement hospitalier, Recherche et développement
Maisons de retraite
Aide au développement local

Poitou-Charentes

- Prévention auprès des jeunes
- Sécurité routière
- Infirmerie des Lycées (matériel et immobilier)
- Formation professionnelle des infirmières

Rhône-Alpes

- Sensibilisation des jeunes à la prévention et à la promotion de la santé
- Soutien à la prise en charge des personnes handicapées

4. Projetez-vous de mettre en place de nouvelles actions en matière de santé dans les prochaines années ?

Non

Bourgogne, Bretagne, Corse, Rhône Alpes, Aquitaine

Franche-Comté : Non, pour l'heure

Alsace : Non, en dehors du transfert d'une compétence en santé

Oui

Basse-Normandie

Oui, à déterminer dans le cadre de la nouvelle décentralisation

Guadeloupe

Oui, concertation entre les institutions pour la mise en place d'un ORS

Ile-de-France

Oui, trop tôt pour les aborder ici – discussion concertée à venir lors de l'élaboration du programme

Nord-Pas-de Calais

Oui, dans le cadre d'une négociation avec l'Etat central

Non, poursuite des actions actuelles si la négociation est négative

Provence- Alpes- Côte d'Azur

Action en faveur du maintien à domicile des personnes âgées.

Picardie

Télémédecine

Poitou-Charentes

Oui, assurer la cohérence des programmes pour la santé tout au long du cheminement professionnel et social des jeunes

Sans réponse

Pays de Loire

5. Quels sont les principaux partenaires du Conseil Régional dans le domaine de la santé ?

	<i>ARH</i>	<i>DRASS</i>	<i>Conférence régionale de santé</i>	<i>Conseil économique et social régional</i>	<i>Conseils Généraux</i>		<i>URCAM</i>	<i>URML</i>	<i>Autres</i>
<i>Alsace</i>									
<i>Aquitaine</i>		<i>X</i>			<i>X</i>				
<i>Basse- Normandie</i>					<i>X</i>				
<i>Bourgogne</i>	<i>X</i>								<i>CHU</i>
<i>Bretagne</i>		<i>X</i>							<i>ORS</i>
<i>Corse</i>	<i>X</i>	<i>X</i>	<i>X</i>	<i>X</i>	<i>X</i>	<i>X</i>	<i>X</i>		
<i>Franche- Comté</i>	<i>X</i>				<i>X</i>				<i>Etat</i>
<i>Guadeloupe</i>	<i>X</i>			<i>X</i>	<i>X</i>				
<i>Ile-de-France</i>		<i>X</i>		<i>X</i>					<i>Toutes les association s ou fédérations que nous soutenons dans le portage de projets</i>
<i>Nord-Pas-de Calais</i>	<i>X</i>	<i>X</i>	<i>X</i>	<i>X</i>	<i>X</i>	<i>X</i>	<i>X</i>	<i>Association s</i>	
					<i>Cosignataires volet santé CPPER</i>				
<i>Pays de Loire</i>	<i>X</i>	<i>X</i>	<i>X</i>	<i>X</i>	<i>X</i>			<i>Observatoi re régional de la santé</i>	
<i>Picardie</i>	<i>X</i>	<i>X</i>		<i>X</i>	<i>X</i>			<i>CHU – Université</i>	
<i>Poitou- Charentes</i>	<i>X</i>	<i>X</i>	<i>X</i>	<i>X</i>		<i>X</i>	<i>X</i>	<i>OPCA – Fédération des médecins libéraux – Médecine scolaire</i>	
<i>PACA</i>	<i>X</i>	<i>X</i>	<i>X</i>	<i>X</i>	<i>X</i>	<i>X</i>	<i>X</i>	<i>Autres centres de ressources : ORS, CRIPS, CRES</i>	
<i>Rhône-Alpes</i>	<i>X</i>		<i>X</i>				<i>X</i>		
<i>Total</i>	<i>10</i>	<i>9</i>	<i>6</i>	<i>8</i>	<i>9</i>	<i>4</i>	<i>5</i>		

Les URCAM et les URML sont les institutions régionales les moins souvent citées :

Importance des partenaires sociaux ?

Faibles enjeux politiques, contrairement aux ARH qui interviennent sur les hôpitaux

6. Souhaitez-vous voir s'étendre les compétences des Conseils Régionaux en matière de politique de santé comme cela a été proposé récemment ?

Oui

Guadeloupe

Aquitaine

Ile-de-France

Poitou-Charentes

Nord-Pas de Calais, sous condition de transferts financiers, humains et juridiques

Alsace, mais indirectement par l'intermédiaire d'une autorité régionale de la santé

Pays de Loire, sous conditions, question en débat au sein de l'assemblée pour fixer le niveau de la participation régionale.

PACA, sous réserve du transfert préalable des ressources évaluées de manière prospective, et du transfert des moyens humains nécessaires et que l'Etat reste garant de l'égalité devant la santé.

A voir

Basse-Normandie (Q.8)

Non

Bourgogne

Bretagne

Corse

Franche-Comté

Picardie

Rhône-Alpes

Région	Oui	Non
<i>Alsace</i>	<i>X</i>	
<i>Aquitaine</i>	<i>X</i>	
<i>Basse- Normandie</i>	<i>à voir</i>	
<i>Bourgogne</i>		<i>X</i>
<i>Bretagne</i>		<i>X</i>
<i>Corse</i>		<i>X</i>
<i>Franche-Comté</i>		<i>X</i>
<i>Guadeloupe</i>	<i>X</i>	
<i>Ile-de-France</i>	<i>X</i>	
<i>Nord-Pas de Calais</i>	<i>X</i>	
<i>Pays de Loire</i>	<i>X</i>	
<i>Picardie</i>		<i>X</i>
<i>Provence Alpes Cote d'Azur</i>	<i>X sous réserve</i>	
<i>Poitou-Charentes</i>	<i>X</i>	
<i>Rhône-Alpes</i>		<i>X</i>
Total	8	6

7. Si non, pour quelle(s) raison(s) ?

	<i>Compétence Conseils généraux</i>	<i>Pb d'expertise</i>	<i>Pb de moyens financiers</i>	<i>Compétence partenaires sociaux</i>
<i>Bourgogne</i>	<i>X</i>		<i>X</i>	<i>X</i>
<i>Bretagne</i>		<i>X</i>	<i>X</i>	
<i>Corse</i>	<i>X</i>	<i>X</i>	<i>X</i>	
<i>Franche-Comté</i>	<i>X</i>		<i>X</i>	<i>X</i>
<i>Picardie</i>		<i>X</i>	<i>X</i>	<i>X</i>
<i>Rhône-Alpes</i>	<i>X</i>		<i>X</i>	

8. Si Oui, dans quels domaines (plusieurs réponses possibles) ?

	Tutelle des Etablissements				Budget	Prévention	Politique de santé	Organisation des soins				Formation		Information patients	Autres				
	HL	HG	CHR/CHU	PSPH				Urgences réseaux	Soins suite	Autres	Des prof.	Des élus	Maison d'accueil pers. Agées		Maintien domicile	Domotique	Autres		
Alsace					X	X	X	X	X										
Basse-Normandie			X												Missions des CG				
Aquitaine						X	X												
Guadeloupe						X	X												
Ile-de-France	Pas dans cette étape					X	X												
Nord-Pas-de Calais		X	X	X	X	X	X					X	X	X	Compétences des CG				
PACA						X	X										X		
Poitou-Charentes			X			X	X		X			X							
Rhône-Alpes					X	X						X							
	Si l'Etat l'imposait																		

9. Comment envisagez-vous la régionalisation du système de santé ? (plusieurs réponses possibles)

	<i>Déconcentration</i>	<i>Décentralisation avec transfert enveloppe nationale au plan régional</i>	<i>Transfert complet (vote niveau de prélèvements)</i>
<i>Alsace</i>		<i>X</i>	
<i>Aquitaine</i>			
<i>Basse-Normandie</i>	<i>X</i>	<i>X</i>	
<i>Bourgogne</i>			
<i>Bretagne</i>			
<i>Corse</i>	<i>X</i>		
<i>Franche-Comté</i>	<i>Sans avis</i>		
<i>Guadeloupe</i>		<i>X</i>	
<i>Ile-de-France</i>			
<i>Nord-Pas-de-Calais</i>		<i>X</i>	<i>X</i>
		<i>A négocier au niveau national</i>	
<i>PACA</i>		<i>X</i>	
<i>Picardie</i>	<i>X</i>	<i>X</i>	
<i>Poitou-Charentes</i>		<i>X</i>	
<i>Rhône-Alpes</i>		<i>X</i>	
<i>Total</i>	<i>3</i>	<i>8</i>	<i>1</i>

10. En pratique quel scénario aurait votre préférence ? (plusieurs réponses possibles)

	<i>Association des CR aux ARS</i>	<i>Représentatio n des CR au sein des ARH</i>	<i>Redéfinition des relations contractuelles entre partenaires sociaux sous l'égide de la région</i>	<i>Autres</i>
<i>Alsace</i>	<i>X</i>			
<i>Aquitaine</i>				
<i>Basse- Normandie</i>	<i>X</i>			
<i>Bourgogne</i>				
<i>Bretagne</i>				
<i>Corse</i>		<i>X</i>		
<i>Franche- Comté</i>		<i>X</i> <i>(cf compétences en aménagement du territoire)</i>		
<i>Guadeloupe</i>	<i>X</i>	<i>X</i>		
<i>Ile-de-France</i>				<i>La décentralisation implique la mise en œuvre de priorités lisibles et efficaces pour le citoyen. Dans cette phase nouvelle de la décentralisation, nous estimons que la Région devrait dans un 1^o temps être partie prenante dans l'élaboration du SROS avec <u>avis conforme</u>. Pour l'ARH, ce serait une avancée significative, mais se pose le pb du financement.</i>
<i>Nord-Pas-de Calais</i>	<i>X</i>	<i>X</i>	<i>X</i>	
<i>Pays de Loire</i>				
<i>PACA</i>		<i>X</i>	<i>X</i>	
<i>Picardie</i>	<i>X</i>			
<i>Poitou- Charentes</i>	<i>X</i>			
<i>Rhône-Alpes</i>				
<i>Total</i>	<i>6</i>	<i>5</i>	<i>2</i>	

11. Le Conseil régional que vous présidez s'est-il doté d'une commission ou d'un groupe de travail sur les enjeux liés à la santé ?

12. A quelle(s) personne(s) peut-on s'adresser au conseil régional sur des questions touchant à la santé ?

13. Le Conseil régional a-t-il déjà produit une réflexion écrite sur la santé (ou le thème est-il abordé dans des documents plus généraux) ?

	<i>Commission ou groupe de travail spécialisé</i>	<i>Personne à contacter</i>	<i>Réflexion écrite</i>
Alsace	Groupe de travail régionalisation de la santé (depuis début 2002)	Pierre STUSSI, directeur général adjoint ³³	Oui* (in Propositions de la région Alsace en matière de décentralisation)
Aquitaine	Non	Pauline Neve Conseillère régionale Dominique Ducassou, conseiller Régional	Non
Basse-Normandie			Non
Bourgogne		J-L.HUSSONIS, vice-président	Non
Bretagne		Joël DANIELOU, conseiller régional ???	Non
Corse	Commission santé de l'Assemblée de Corse (7/12/2001)	Jean BAGGIONI, président	Non
Franche-Comté		Sans objet	Non
Guadeloupe			Oui (rapport et projet d'avis à la CRADT 06/02/2001)
Ile-de-France	Conférence pour les solidarités en Île-de-France (10/1998)	Salvator ERBA, sous-directeur chargé des solidarités Jacques GOLDBERG, conseiller technique cabinet du Président	Oui (assises des conférences pour les solidarités) *
Nord-Pas-de-Calais	Commission santé	Claude GALAMETZ, vice-président chargé de la santé Dr Yves CAUCHET, directeur de la santé	Oui*
PACA	Commission Solidarité, Santé, Prévention	Chauvin Pierre, Chef du service Solidarité, Santé, prévention	Non
Pays de Loire		M. Jean François Arthuis Brault, directeur des affaires culturelles et du cadre de vie	
Picardie	Non	Sylvain Boucher DGS	Non mais il a financé ou cofinancé des réflexions écrites auprès de ses partenaires (ORS, CESR)
Poitou-Charentes	Groupe de travail sur l'éducation et la santé des jeunes	Daniel BONTOUX, conseiller régional	Oui (débat d'orientation budgétaire 2003 disponible après la session d'automne)
Rhône-Alpes	Commission Solidarités (sport, politique de la ville, prévention santé/politique handicapés et personnes âgées)	Dominique CHAMBON, vice-président Didier DASTARAC, directeur service Solidarité	Non, mais le CESR a produit 2 rapports

³³ STUSSI / 03.88.15.68.27

