



Régionalisation de la santé

Etat déconcentré (Ritter) *versus* Etat paritaire (Bur)

Aujourd'hui, la régionalisation de la santé, dans ses dimensions organisationnelle et financière, fait l'objet d'un consensus politique comme en témoignait sa présence dans les programmes politiques des trois principaux candidats à l'élection présidentielle.

Derrière ce consensus, se cachent des visions bien différentes de la répartition des rôles de chacun des acteurs. Les rapports d'Yves Bur (député UMP du Bas-Rhin) et de Philippe Ritter (Préfet honoraire/ancien directeur d'ARH) sont symptomatiques : s'ils dressent un état des lieux similaire et prônent la régionalisation, leur modalité de mise en œuvre diffèrent.

Un état des lieux sans surprise

Dans l'ensemble, Yves Bur et Philippe Ritter partagent une vision identique de l'état des lieux du système de santé français.

Plusieurs constats reviennent régulièrement dans les deux rapports :

- une organisation éclatée et cloisonnée
- un manque de lisibilité de l'organisation au niveau régional
- une répartition floue des compétences entre les différents acteurs, et surtout entre l'Assurance Maladie et l'Etat
- un manque d'effort et de moyens sur le préventif
- l'efficacité et l'efficace doivent absolument être améliorées
- les inégalités sont nombreuses entre les régions et en leur sein.

Suite à ce constat sévère, la régionalisation du système de santé apparaît comme une urgence. Cette réforme doit poursuivre un double but :

- unifier le pilotage au niveau régional
- mettre en place un pilotage plus responsable des politiques de santé et de leur efficacité

Des orientations stratégiques consensuelles

P. Ritter, et Y. Bur veulent améliorer l'efficacité des politiques de santé et l'efficience du système.

S'agissant de l'efficacité des politiques de santé, 4 priorités d'action sont identifiées :

- renforcer le caractère préventif des politiques de santé
- améliorer l'organisation de la permanence des soins et la gradation des soins en structurant notamment l'offre de soins primaires
- améliorer la fluidité des parcours des patients
- renforcer la territorialisation des politiques de santé.

L'amélioration de l'efficience passera quant à elle par :

- une meilleure structuration et maîtrise de l'offre ambulatoire
- un renforcement des restructurations et de l'efficience de l'hôpital
- une recomposition de l'offre hospitalière au profit du médico-social.

Un périmètre très vaste pour les ARS

P. Ritter et Yves Bur ont une vision extensive du périmètre des ARS : prévention et éducation de la santé, veille sécurité sanitaire et gestion des crises sanitaires, soins ambulatoires, soins hospitaliers, médico-social, formations.

Soins ambulatoires et soins hospitaliers

L'inclusion de ces deux domaines dans les ARS est une priorité partagée par Yves Bur et Philippe Ritter. Cela permettrait de réorganiser ces deux secteurs et de créer une continuité et une cohérence entre eux. La coordination de ces deux secteurs apparaît donc comme logique pour exploiter leurs complémentarités et assurer la continuité des soins.

Yves Bur propose une analyse plus concrète en fixant notamment comme objectif à ce pilotage unifié le développement de l'hospitalisation à domicile (HAD) absente du rapport de P. Ritter. Il souhaite également que les ARS puissent accélérer un rééquilibrage de l'offre de soins au profit des soins ambulatoires et résoudre la « crise des soins primaires ». P. Ritter souhaite également que soit mis fin au système hospitalo-centré.

Secteur médico-social

Pour Y. Bur et P. Ritter, l'intégration du médico-social permettra d'améliorer le parcours des malades nécessitant des prises en charge relevant à la fois du soin et du médico-social. Penser au sein d'une même structure les soins et le médico-social permettra notamment de mettre fin à une situation que déplorent le député et le préfet : la présence prolongée à l'hôpital de personnes qui n'ont pas besoin de soin mais de prise en charge médico-sociale. Dans cette perspective, le député met l'accent sur le développement des réseaux de soins incluant les établissements médico-sociaux.

Les acteurs du monde médico-social sont particulièrement variés. P. Ritter proposent que seules les structures faisant l'objet d'un financement par l'Assurance maladie, total ou partiel, entrent dans le champ des ARS. Si Yves Bur partage cet avis, il souhaiterait que certaines catégories (ex. lits infirmiers) fassent l'objet d'un examen spécifique. Les conseils généraux devront être associés à cette démarche au regard de leur responsabilité dans ce domaine.

Afin de sanctuariser les moyens alloués au médico-social, Yves Bur et Philippe Ritter proposent une fongibilité régionale asymétrique des enveloppes entre le secteur du soin et le médico-social : les moyens ne pourront être transférés que vers le médico-social.

Politique de santé publique

La convergence de vue est ici claire : la prévention et l'éducation doivent faire partie du périmètre de compétence des ARS qui reprendraient alors les compétences des GRSP (Groupements Régionaux de Santé Publique). Yves Bur n'exclut d'aller plus loin en donnant une compétence à l'ARS en matière de santé environnementale, de santé au travail voire de santé scolaire.

Face à l'ampleur du retard, les efforts doivent porter à la fois sur une amélioration de l'efficacité des politiques de santé, de la coordination des actions et le renforcement de la dimension régionale. S'agissant de la coordination, Yves Bur met l'accent sur l'importance d'associer le plus grand nombre d'acteurs possible, dont les médecins libéraux et des collectivités territoriales alors que ces deux acteurs sont peu présents dans le rapport de P. Ritter.

Là encore, tous deux proposent le principe d'une fongibilité asymétrique des enveloppes en faveur de la prévention.

Veille, sécurité sanitaires et gestion des crises sanitaires

L'intégration de ce domaine dans les compétences de l'ARS est jugée positive dans les deux rapports en raison de la dispersion actuelle des moyens et des acteurs. La principale différence, certes prévisible, entre Yves Bur et Philippe Ritter repose sur le rôle du préfet. P. Ritter souhaite qu'une analyse approfondie de la répartition des compétences entre le niveau départemental (préfets) et le niveau régional (ARS) soit menée laissant ainsi la question suspendue. *A contrario*, Yves Bur propose une répartition des rôles : les crises sanitaires ne concernant qu'un établissement seraient gérées par l'ARS, Au-delà, la gestion passerait au préfet. Dans tous les cas, Ritter et Bur s'accordent sur la nécessaire coopération entre préfets et ARS.

Formations

P. Ritter et Yves Bur souhaitent que les formations sanitaires et sociales fassent partie du périmètre de l'ARS. Elles dépendent aujourd'hui des DRASS pour les agréments et la pédagogie et des conseils régionaux pour les financements.

La gestion du risque : deux visions bien différentes

Si P. Ritter et Y. Bur sont convaincus de l'intérêt de transférer la gestion du risque au niveau régional, les modalités de gestion sont bien différentes. P. Ritter ne s'attarde pas sur cette question : il ne fait pas de distinction entre organisation des soins et gestion du risque. Les deux doivent être gérés par le même organisme.

Yves Bur, au contraire, fait de cette distinction un choix fondamental. Il se prononce contre le rassemblement au sein de l'ARS de ces deux compétences qui reviendrait à une « étatisation de l'assurance maladie ». Ce processus créerait le risque d'un pilotage à double commande où deux têtes de réseau national (Etat et UNCAM) auraient un opérateur unique.

Yves Bur opte donc la mise en place :

- d'une ARS en charge de l'organisation de l'offre de soins et de la santé publique
- et d'une Direction Régionale de l'Assurance Maladie (DiRAM) régulatrice des dépenses de santé.

Le travail entre ARS et DiRAM pourrait faire l'objet d'un partenariat afin d'assurer le dialogue entre les deux. Pour renforcer les liens, les directeurs de ces dernières pourraient siéger au conseil de surveillance de l'ARS.

Les DiRAM interviendraient plus nettement sur les établissements de santé (hospitaliers et médico-sociaux).

La position d'Yves Bur remet l'assurance maladie au centre du jeu, en tant qu'acteur à part entière et indépendant. Elle doit donc se doter de structures régionales suffisamment solides pour assumer une mission ambitieuse. La DiRAM regrouperait les moyens et compétences de l'URCAM et des services sanitaires des CRAM. Le reste de ses compétences de celles-ci serait transféré aux ARS. Les CRAM disparaîtraient, et Y. Bur souhaite une recombinaison du réseau de l'Assurance Maladie (regroupement des caisses infradépartementales et mutualisation des capacités de production).

Constat partagé : repenser les outils des politiques régionales de santé et de financement

Les ARS doivent bénéficier de marges de manœuvre opérationnelles et financières conséquentes. Mais du fait de leur conception différente du périmètre (cf. gestion du risque vs. organisation des soins), la réflexion sur les outils diffère.

Outils d'organisation de la prévention et des soins

P. Ritter propose de rassembler au sein d'un Plan Régional de Santé (PRS) les outils de planification stratégique actuellement dispersés entre différents acteurs : PRSP¹, PRAM, SROS et PRIAC. L'installation des professionnels de santé pourrait constituer un volet de ce PRS.

La vision d'Yves Bur est différente : elle repose sur la distinction DiRAM/ARS. Par conséquent, le PRAM (Programme Régional d'Assurance Maladie) ne devrait pas faire partie du PRS proposé par P. Ritter (et la Ministre de la Santé) et devrait être confié à la DiRAM qui associerait tout de même l'ARS à son élaboration.

La contractualisation, que cela soit avec les professionnels de santé ou les établissements, apparaît comme un outil incontournable pour améliorer l'efficacité du système de santé régional. S'agissant de l'ambulatoire, P. Ritter et Y. Bur ouvrent une possibilité de négociation pour l'ARS avec les professionnels libéraux sur base d'objectifs de prévention et médico-économiques, sans remettre en cause la politique conventionnelle.

Sur la démographie médicale, l'ARS doit pouvoir :

- faire évoluer la carte des zones déficitaires ou surdotées
- contractualiser avec les professionnels de santé sur des forfaits de rémunération portant sur des engagements conformes aux orientations régionales
- maîtriser les fonds disponibles pour structurer l'offre

Y. Bur rappelle que les moyens d'incitation ou de contrainte pour la répartition des professionnels de santé dépendront du résultat des EGOS. Il souligne d'ailleurs que les mesures incitatives n'ont jusqu'à présent pas été efficaces.

La maîtrise des flux de formation doit également faire l'objet d'outils spécifiques pour les deux rapporteurs. Les ARS pourraient avoir une mission dans l'organisation de la formation des médecins, choix des terrains de stage de l'internat etc. Une régionalisation de l'examen national classant pourrait être envisagée.

Sur l'hôpital, l'amélioration de l'efficacité, notamment par la mise en place d'objectifs et d'une contractualisation plus poussée est souhaitée.

¹ PRSP : programme régional de santé publique

PRAM : programme régional de l'assurance maladie

SROS : schéma régional d'organisation sanitaire

PRIAC : Programme Interdépartemental d'accompagnement du handicap et de la perte d'autonomie

Outils de financement et de tarification

Faisant échos aux préoccupations qui s'étaient manifestées lors du PLFSS, P. Ritter et Yves Bur confirment que l'efficacité de l'action des ARS passe par l'allocation de marges de manœuvre financières conséquentes. Dans les faits, les ARS pourraient bénéficier d'une enveloppe régionale globale, fermée, constituée à partir du rassemblement d'enveloppes existantes, complétées par des prélèvements supplémentaires sur l'ONDAM et fixée en fonction de critères objectifs (épidémiologiques et démographiques).

Ces moyens pourraient provenir par exemple du FIQS, du FMESPP² ou et des crédits de contractualisation en matière financière. La fongibilité des enveloppes devrait être possible, à l'exception de celles du médico-social et de la prévention. Pour autant, Yves Bur insiste sur le fait que la politique tarifaire doit rester fixée au niveau national.

Les outils de contractualisation existants devraient être renforcés et mieux appliqués.

Si les deux rapports prônent une gestion régionale de nombreux crédits, P. Ritter estime que l'ARS devrait être le seul gestionnaire des crédits d'Etat ou de l'Assurance maladie en matière de prévention, de crédits délégués de la T2A (MIGAC³).

L'ORDAM : utilité reconnue mais discordance sur son application

Y. Bur et P. Ritter se prononcent en faveur d'un objectif régional des dépenses d'assurance maladie qui garantirait une articulation forte entre ONDAM et ARS. En revanche, leur position diffère sur le respect de l'ORDAM. P. Ritter écarte l'hypothèse d'une régulation prix-volume par l'ARS alors qu'Yves Bur estime qu'il serait difficile de faire fonctionner un ORDAM si l'on ne donne pas aux ARS ou aux DiRAM le pouvoir de le faire respecter en agissant sur les tarifs des prestations ou les taux de remboursement.

L'information : symptomatique de la dispersion actuelle

Le succès des ARS passera également par un accès à des systèmes d'information pertinents et de qualité. La fin du cloisonnement entre les systèmes d'information est également un gage d'efficacité du pilotage. C'est pourquoi P. Ritter et Y. Bur demandent que l'ARS ait accès aux informations de l'Assurance maladie et qu'un système d'information cohérent et transversal soit construit. De nouveaux outils et systèmes d'information et des circuits de circulation répondant aux missions de l'ARS seront à mettre en place.

Sous l'impulsion du rapport de Jean-Pierre Door sur le DMP, l'analyse d'Yves Bur est plus poussée sur la question de l'information. Il propose notamment que les ARS fassent la promotion de la mutualisation des systèmes d'information hospitaliers et le développement d'infrastructures communes entre ville et hôpital.

Gouvernance territoriale du système de santé

Avec la séparation risque/organisation des soins, la gouvernance territoriale est l'un des thèmes où P. Ritter et Y. Bur ont une vision différente. Leur analyse respective est sans doute influencée par leur parcours respectif (élu vs. préfet/directeur d'ARH).

² FIQS : Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins

FMESPP : Fonds pour la Modernisation des Etablissements de Santé Publics et Privés

³ MIGAC : missions d'intérêt général et l'aide à la contractualisation des établissements de santé

Pour Philippe Ritter, la priorité doit être mise sur la constitution d'un exécutif fort au sein des ARS qui sera force d'impulsion. Le directeur de l'ARS sera au centre de l'exécutif et doit donc pouvoir disposer de larges pouvoirs qui lui permettent d'assurer ses missions :

- négociation du contrat d'objectifs de l'ARS avec la tutelle nationale
- mise en œuvre de ce contrat et du programme de travail de l'agence
- élaboration des orientations stratégiques de la planification régionale et des actions opérationnelles
- négociation avec les professionnels de santé
- allocation des ressources aux établissements de santé, évaluation des résultats obtenus etc.

Yves Bur envisage la gouvernance territoriale sous l'angle d'une démocratie sanitaire renforcée. Craignant une dérive technocratique d'ARS « fortes, voire autocratiques », il propose une redynamisation des Conférences régionales de santé en resserrant leur composition jugée trop large pour l'instant et en leur confiant les compétences du comité régional de l'organisation sanitaire et du comité régional de l'organisation sociale et médico-sociale.

Les conférences territoriales devraient également être renforcées afin que leur périmètre de compétence corresponde à celui des ARS. Le médico-social devrait donc être représenté dans les conférences territoriales.

Dans cette démocratie sanitaire renforcée, Y. Bur estime que la représentation des professionnels de santé risque de poser problème (syndicats médicaux, paramédicaux, généralistes, ordre etc). Enfin, parents pauvres des propositions de P. Ritter, les élus sont envisagés comme des acteurs à part entière. Le député propose que, de par leur légitimité, les élus soient pleinement associés aux fonctions stratégiques de pilotage du système de santé, notamment auprès des ARS.

Consensus : l'organisation des ARS

L'organisation en pôles de compétences sectoriels avec un pôle transversal fait l'unanimité afin de ne pas reproduire le cloisonnement observé actuellement dans certaines organisations et assurer une coordination d'ensemble.

S'agissant de l'exécutif, P. Ritter et Y. Bur s'accordent sur la nécessité d'un exécutif fort et resserré reposant sur une forte légitimité du directeur de l'ARS. Ceci passe notamment par un processus de sélection strict par un comité *ad hoc* avec nomination en Conseil des Ministres. En outre, la nouvelle organisation devra prendre en compte le passage de nombreuses compétences des DDASS et DRASS vers les ARS.

L'exécutif doit être resserré et responsabilisé. Les deux rapporteurs semblent avoir tiré les enseignements des ARH. Ils proposent donc que soient confiées des lettres de mission avec des objectifs et des performances à atteindre (évaluations régulières assorties de sanctions).

Divergence dans la gouvernance

Aux côtés de l'exécutif, P. Ritter place un conseil avec un rôle purement délibératif d'une quinzaine de personnes et une Conférence régionale de santé organisée en collèges (représentants des communes et départements, représentants des patients et des usagers, professionnels de santé, partenaires sociaux, personnalités qualifiées). Y. Bur opte pour un conseil de surveillance d'une douzaine de personnes qui pourrait être présidé par le Préfet. Son rôle serait notamment d'être un intermédiaire entre l'exécutif de l'ARS et la Conférence régionale de santé. Il pourrait également constituer un lieu de concertation entre les producteurs de soins, l'organisateur de l'offre de soins et le régulateur du système de santé.

La mise en place d'actions sur le terrain pourra également nécessiter des relais territoriaux en fonction d'actions et des spécificités régionales, proposition partagée par Yves Bur qui suggère la création d'antennes locales ou le recours à la voie conventionnelle. .

Un pilotage national nécessaire dont la forme reste à définir

La réussite des ARS est unanimement présentée comme conditionnée à la création d'une structure de pilotage national. L'intégration irait jusqu'à concerner des personnels de l'Assurance Maladie dont l'activité entrerait dans le champ de compétence de l'ARS. Ni Philippe Ritter ni Yves Bur ne tranchent sur le scénario d'évolution du pilotage national. Ce dernier dépendra en effet du scénario retenu pour la réforme.

P. Ritter propose 3 pistes :

- création d'un Conseil de l'Organisation des Soins appuyé par un département des soins : ceci reviendrait à mettre en place une coordination renforcée au niveau central sur la base du conseil de l'hospitalisation élargi au soin ambulatoire.
- création d'un opérateur central de santé : l'opérateur, une nouvelle entité, rassemblerait l'ensemble des compétences dispersées entre l'Etat et l'Assurance maladie.
- coordination renforcée et unité de décision : un service à compétence nationale chargé spécifiquement de l'animation du réseau des ARS et doté de pouvoirs propres. Ce service serait rattaché au ministère de la Santé et aurait les faveurs du préfet.

Pour Y. Bur, le pilotage national dépendra de l'attribution de la gestion du risque aux ARS ou aux DiRAM :

- Si les fonctions de gestion du risque et d'organisation des soins ne sont pas séparées, Y. Bur propose une unification complète des directions de l'administration centrale de l'Etat et les têtes de réseau de l'assurance maladie au sein d'une Agence nationale de santé (ANS)
- Si l'on sépare les deux fonctions, Y. Bur estime qu'une clarification à l'échelon national de la répartition des compétences entre Etat et Assurance Maladie est nécessaire. Cette dernière solution, qui a sa faveur, permettrait de sortir du champ conventionnel certains dispositifs qui n'en relèvent pas, c'est-à-dire ceux qui concernent la pratique professionnelle. L'Assurance Maladie recevrait en échange un rôle d'acheteur de soins à part entière pour remplir sa mission de gestion du risque et des enveloppes de l'ONDAM.

Y. Bur entend que l'assurance maladie devienne un « rembourseur avisé de soins » et souhaite qu'elle puisse disposer d'outils et de pouvoirs permettant :

- d'agir sur le montant des tarifs T2A
- d'être pleinement responsable du champ conventionnel où l'Etat ne devrait plus s'immiscer
- pour le médicament, de permettre à l'Assurance Maladie de jouer un rôle actif sur les dépenses et la fixation de leur prix.

Dans tous les cas, le député insiste sur la nécessité d'instaurer le dialogue et de l'entretenir entre l'Etat et l'UNCAM, mais également d'obtenir le plus vite possible l'adhésion des cadres des deux entités sous peine de condamner la réforme.

* * *

Si vous souhaitez plus de renseignements, n'hésitez pas à nous contacter. Bonne lecture

Bénédicte Garbil
Consultante